

# VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 9, NUMÉRO 2, AOÛT 2004

## Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles?

Cette dernière décennie, le succès de l'approche au VIH/sida fondée sur les droits humains fut partiel, affirme Mark Heywood. Dans cet article, l'auteur décrit les défis qui demeurent, dans la mise en oeuvre d'une approche axée sur les droits humains. Il propose une analyse des questions soulevées par De Cock et coll., quant à l'applicabilité de cette approche. Il affirme que le plaidoyer pour les droits humains doit se poursuivre, mais que de nouvelles orientations sont requises. Il propose de nouvelles orientations en matière de : (a) confidentialité et ouverture; (b) test du VIH; et (c) systèmes de santé. L'auteur conclut que la plus grave menace aux droits humains demeure le manque de volonté des gouvernements nationaux de prendre toutes les mesures nécessaires pour développer des services de santé et prévenir les épidémies.

Il y a plus de 15 ans, une première « approche au VIH/sida fondée sur les droits humains » était articulée en tant qu'élément essentiel au succès des stratégies de prévention pour contrôler l'épidémie du VIH/sida.<sup>1</sup> En 1993, le juge Michael Kirby de la Haute Cour d'Australie nommait cela le « paradoxe du sida », expliquant que « l'une des lois les plus efficaces que nous puissions offrir contre la propagation du VIH est la protection des personnes vivant avec le VIH/sida et de leurs proches, contre la discrimination. C'est un paradoxe puisque la communauté générale s'attendrait à des lois qui la protègent contre les personnes vivant avec le VIH. Or, du moins à ce stade de l'épidémie, nous devons aussi protéger les personnes séropositives. »[trad.]<sup>2</sup> Kirby signalait que ce paradoxe découlait de

*voir page 7*

### Dans ce numéro

<b>Activisme pour la réduction des méfaits</b>	<b>14</b>
<b>Le Canada annonce des fonds additionnels pour la lutte domestique et mondiale contre le sida</b>	<b>21</b>
<b>Thaïlande – Un rapport documente des violations de droits humains chez les utilisateurs de drogue</b>	<b>34</b>
<b>É.-U. – Un juge tranche : les soins médicaux inadéquats aux détenus séropositifs sont une violation de leurs droits</b>	<b>51</b>
<b>Une crainte de persécution ne justifie pas une demande de statut de réfugié</b>	<b>59</b>

## REVUE CANADIENNE VIH/SIDA ET DROIT

La *Revue* offre un sommaire des développements juridiques et des politiques liées au VIH/sida, au Canada et à l'étranger. Ses buts sont l'éducation et l'information sur l'évolution dans ce domaine et la promotion de l'échange de connaissances, d'idées et d'expériences. Elle est publiée à intervalle de quelques mois par le Réseau juridique canadien VIH/sida.

La soumission d'articles est appréciée. Contactez-nous aux coordonnées ci-dessous, pour proposer un texte et recevoir nos consignes typographiques :

*Revue canadienne VIH/sida et droit*  
Réseau juridique canadien VIH/sida  
417, rue St-Pierre (bur. 408)  
Montréal QC H2Y 2M4 Canada  
Tél. : (514) 397-6828 téléc. : (514) 397-8570 courriel : [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)

Directeur de la rédaction et rédacteur en chef, Nouvelles canadiennes : David Garmaise, [dgarmaise@rogers.com](mailto:dgarmaise@rogers.com)  
Rédacteur en chef, Nouvelles internationales : David Patterson, [dpatterson@aidslaw.ca](mailto:dpatterson@aidslaw.ca)  
Rédacteur en chef, Accès mondial aux traitements : Richard Elliott, [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca)  
Rédacteur en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux : Glenn Betteridge, [gbetteridge@aidslaw.ca](mailto:gbetteridge@aidslaw.ca)  
Rédacteur en chef, Le VIH/sida en prison : Ralf Jürgens, [ralfj@aidslaw.ca](mailto:ralfj@aidslaw.ca)

Correspondants réguliers, Nouvelles canadiennes :

*Registre géographique*  
Tarel Quandt, Colombie-Britannique, [tarelq@bcpwa.org](mailto:tarelq@bcpwa.org)  
Rebecca Scheer, Alberta, [rscheer@aidscalgary.org](mailto:rscheer@aidscalgary.org)  
Roger Procyk, Manitoba et Saskatchewan, [rprocyk@ninecircles.ca](mailto:rprocyk@ninecircles.ca)  
Glenn Betteridge, Ontario, [gbetteridge@aidslaw.ca](mailto:gbetteridge@aidslaw.ca)  
Ruth Carey, Ontario, [careyr@lao.on.ca](mailto:careyr@lao.on.ca)  
Matthew Perry, Ontario, [perrym@lao.on.ca](mailto:perrym@lao.on.ca)  
Michel Morin, Québec, [info@cocqsida.com](mailto:info@cocqsida.com)  
Christine Vézina, Québec, [christine.vezina@cocqsida.com](mailto:christine.vezina@cocqsida.com)  
Bill Downer, Terre-Neuve et Labrador, [bdowner@acnl.net](mailto:bdowner@acnl.net)  
*Registre thématique*  
Ian Culbert, dossier santé publique, [iculbert@cpha.ca](mailto:iculbert@cpha.ca)  
Thomas Kerr, dossier usage de drogues illégales, [tkerr@aidslaw.ca](mailto:tkerr@aidslaw.ca)  
Derek Thaczuk, dossier marijuana médicinale, [derekt@pwatoronto.org](mailto:derekt@pwatoronto.org)

Réviseurs : Garry Bowers et Jean Dussault  
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et Johanne Forget  
Mise en page : Graphiques C & G, Montréal

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2004. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans sa Revue et accordera la permission de reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

Circulation : 2 000  
ISSN 1195-5252

**La réalisation de la *Revue canadienne VIH/sida et droit* est rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.**

**Les conclusions, interprétations et opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles de Santé Canada ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.**

### Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est un organisme de charité engagé dans l'éducation, l'analyse juridique et éthique et le développement des politiques. Il fait la promotion de réactions au VIH/sida qui :

- appliquent les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne;
- respectent les droits des personnes vivant avec le VIH et affectées;
- favorisent les efforts de prévention;
- favorisent les soins, le traitement et le soutien des personnes touchées par le VIH/sida;
- réduisent les conséquences négatives de l'épidémie de VIH/sida sur les individus et les communautés; et
- luttent contre les facteurs économiques et sociaux qui accroissent la vulnérabilité au VIH/sida et aux violations des droits de la personne.

Le Réseau juridique produit une information et une analyse précises et à jour, au sujet des questions juridiques, éthiques et des politiques sur le VIH/sida au Canada et à l'échelle internationale. Il consulte et représente ses membres et une diversité de participants, dans l'identification, l'analyse et la réaction à ces questions et il relie les personnes qui travaillent sur ces questions ou qui s'en préoccupent. Il reconnaît l'impact global de l'épidémie et intègre cette perspective dans son travail. Le Réseau est établi à Montréal et est ouvert aux nouveaux membres. Pour information sur l'adhésion, écrire à [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca) ou consulter notre site Internet à [www.aidslaw.ca/francais/lereseau/devenirmembre.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/lereseau/devenirmembre.htm).

[www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)

SITE WEB DU  
RÉSEAU JURIDIQUE  
CANADIEN VIH/SIDA

# TABLE DES MATIÈRES

<b>ÉDITORIAL</b>	5
<b>DOSSIERS</b>	
Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles?	1
Activisme pour la réduction des méfaits : étude de cas d'un lieu sécuritaire pour l'injection non autorisé, dirigé par des utilisateurs	14
<b>NOUVELLES CANADIENNES</b>	
Le Canada annonce des fonds additionnels pour la lutte domestique et mondiale contre le sida	21
Des rapports recommandent de mettre fin aux préjudices causés par les dispositions du Code criminel en matière de prostitution	23
La Nouvelle-Écosse renouvelle sa stratégie sur le VIH/sida	25
Une étude révèle les conséquences sanitaires néfastes d'une opération policière dans le marché de la drogue	26
Santé Canada considère la fourniture de marijuana médicinale dans les pharmacies	27
En bref	28
Montréal – Demande d'enquête sur des pratiques d'embauche de la police	
Québec – Énoncé du Collège des médecins sur le test du VIH pour les médecins	
Statistique Canada prévoit utiliser des échantillons sanguins et autres pour mesurer des tendances de santé	
Alberta – La loi sur le prélèvement d'échantillons de sang franchit la troisième lecture	
<b>NOUVELLES INTERNATIONALES</b>	
Dix ans de Nouvelles internationales	31
Ghana – Ateliers d'accroissement de la capacité des avocats et juges	33
Étude comparative sur le VIH/sida et les droits humains dans la région des Andes	34
Thaïlande – Un rapport documente des violations de droits humains chez les utilisateurs de drogue	34
Philippines – VIH/sida, condoms et droits humains	35
Fédération de Russie – Amendement aux lois sur les drogues : la lutte continue	36
Hongrie – Test volontaire, anonyme et gratuit : une lutte à chaque pas	37
É.-U. – Le Cirque du Soleil verse 600 000\$ US dans le règlement d'une plainte pour discrimination fondée sur la séropositivité	38
Namibie – Adoption d'une politique sur le VIH/sida dans le secteur de l'éducation	38
Restrictions au voyage liées au VIH/sida : énoncé ONUSIDA/OIM et révision du Règlement sanitaire international	39
En bref	40

.../4

## ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS, VACCINS ET MICROBICIDES

Questions juridiques et éthiques dans la recherche et le développement de microbicides au Canada	42
Des groupes de consommateurs demandent d'interdire les pharmacies Internet	46
Début d'un essai de vaccin thérapeutique anti-VIH au Canada	47

## LE VIH/SIDA EN PRISON

Le Service correctionnel du Canada amorce une initiative de pratiques sécuritaires de tatouage	48
Publication d'une évaluation des besoins de santé chez les détenus fédéraux au Canada	49
Des agences de l'ONU publient un document de politiques sur la réduction de la transmission du VIH en prison	51
É.-U. – Un juge tranche : les soins médicaux inadéquats aux détenus séropositifs sont une violation de leurs droits	51
Autres développements	52
Québec – Taux élevés de VIH et de VHC en prison	
Canada – Une étude démontre que l'incarcération est indépendamment associée au prêt et à l'emprunt de seringues	
Canada – L'incarcération mène-t-elle à des interruptions du traitement anti-VIH?	
É.-U. – Normes révisées pour les services de santé en prison	
Irlande – Rapport sur les interventions de réduction des méfaits	
Russie – Une étude recommande des stratégies de réduction des méfaits supplémentaires et améliorées, y compris des programmes d'échange de seringues en prison	
Indonésie – Création d'un comité de travail sur le VIH/sida en prison	
É.-U. – Une prison offrira le traitement d'entretien à la méthadone	
É.-U. – « Les ex-détenus sont aussi de la famille »	
Nouvelles ressources	

## LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

Le droit criminel et la transmission du VIH ou exposition : trois nouvelles affaires	57
Une crainte de persécution ne justifie pas une demande de statut de réfugié	59

## LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

É.-U. – Le tribunal de l'immigration accueille la demande d'asile d'une Zambienne fondée sur l'infection à VIH	61
Australie – Le Migration Review Tribunal écarte le critère de l'inadmissibilité pour deux demandeurs de visa séropositifs	63
Botswana – Un tribunal s'attaque au dépistage du VIH en milieu de travail	64
Inde – Trois jugements reconnaissent l'existence d'une protection constitutionnelle contre la discrimination fondée sur le VIH dans l'emploi	66
R.-U. – La Cour d'appel ordonne la tenue d'un nouveau procès dans la première affaire criminelle concernant la transmission du VIH au R.-U.	67
Australie – La Supreme Court of Western Australia ordonne la tenue d'un nouveau procès dans le cas d'un homme condamné pour avoir transmis le VIH à sa petite amie	68
En bref	69
Espagne – Un tribunal favorise l'abolition du registre national sur le VIH	
Chine – Dommages-intérêts au mari d'une femme qui a contracté le VIH par transfusion	

## CONCOURS DE DISSERTATION JURIDIQUE

<i>Treatment Action Campaign (TAC) v. South Africa (Minister of Health)</i> : réflexions en lien avec le droit à la santé au Canada	70
---	----

# ÉDITORIAL

Lorsque l'on parle de réduction des méfaits en lien avec le VIH/sida, les exemples les plus souvent cités sont des programmes d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone pour les personnes qui s'injectent des drogues. De fait, dans la rubrique « Le VIH/sida en prison » du présent numéro, nous signalons des appels à l'introduction de tels programmes en Irlande et en Russie, et nous rendons compte de la décision d'une prison états-unienne de mener un projet pilote d'entretien à la méthadone.

Or une approche de réduction des méfaits requiert plus que l'échange de seringues et l'entretien à la méthadone; elle implique la réduction d'autres méfaits. Par exemple, dans la rubrique sur les prisons, nous faisons état de la décision du Service correctionnel du Canada d'amorcer des projets pilotes de pratiques sécuritaires de tatouage dans six prisons fédérales.

Par ailleurs, dans quelques articles des Nouvelles canadiennes et internationales, nous montrons comment des mesures policières peuvent exacerber les méfaits chez les utilisateurs de drogue. Entre autres, une intervention policière dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver a provoqué le déplacement du marché de la drogue vers d'autres quartiers. Cet exode a eu peu d'impact sur la consommation et le prix des drogues, mais il a poussé les utilisateurs à s'éloigner des services de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie à leur intention dans le Downtown Eastside.

En Thaïlande, un rapport de Human Rights Watch (HRW) a révélé qu'une violente intervention policière parmi les utilisateurs de drogue a résulté en la mort de

2 700 présumés contrevenants. Les utilisateurs de drogue ont été terrorisés. Poussés vers la clandestinité, ils se sont éloignés encore plus des services de prévention du VIH et d'autres ressources. En Russie, un autre rapport de HRW a documenté des violations, par les autorités, des droits humains d'utilisateurs de drogue.

Ces mesures prohibitionnistes parviennent rarement à réduire l'usage de drogue. Elles causent plutôt de graves méfaits et sont excessivement coûteuses. L'on aurait avantage à investir ces sommes dans la réduction des méfaits liés à l'usage de drogue.

L'usage de drogue n'est pas le seul domaine qui nécessite une approche de réduction des méfaits. Nous devons aussi réduire les méfaits subis par les travailleurs sexuels à cause de lois prohibitionnistes et de leurs modes d'application. Dans la rubrique « Nouvelles canadiennes », un article cite deux rapports récents sur le sujet, puis explique que les lois qui interdisent plusieurs activités liées au travail sexuel aggravent les conditions de vie déjà néfastes de ces travailleurs. Ces lois et pratiques d'application font en sorte que les travailleurs sexuels se trouvent en conflit avec la loi, forcés de travailler dans des conditions dangereuses et exposés à la stigmatisation. Ils sont moins susceptibles de recourir à des services sociaux et de santé et plus vulnérables à la violence.

Les rapports exhortent à une réforme législative et à des changements aux services sociaux et de santé ainsi qu'aux pratiques d'application de la loi. Ils revendiquent des campagnes d'éducation du public pour attirer l'attention sur la discrimination, la violence et le stigmate que

subissent les travailleurs sexuels, et pour promouvoir leur dignité et leurs droits humains – des mesures qui se font attendre depuis longtemps.

## À propos de ce numéro

L'article de fond de Mark Heywood décrit les défis de la mise en œuvre d'une approche au VIH/sida fondée sur les droits humains et montre que de nouvelles orientations sont nécessaires en ce qui a trait à la confidentialité et à l'ouverture, au test du VIH et aux systèmes de santé.

D'autres articles de ce numéro de la *Revue* portent spécifiquement sur les droits humains. Nous rendons compte de la décision d'un juge des États-Unis, à l'effet que les autorités correctionnelles de l'Alabama ont violé les droits constitutionnels de détenus séropositifs au VIH en leur fournissant des soins médicaux inadéquats. Nous expliquons comment les citoyens des Philippines voient leur droit à la santé bafoué, notamment par le refus du gouvernement d'acheter des condoms avec des fonds nationaux et par la décision de dirigeants locaux d'interdire la distribution de condoms et d'autres moyens contraceptifs dans les établissements publics de santé. Nous décrivons les résultats d'une étude comparative menée dans cinq pays des Andes, en Amérique du Sud, révélant de graves lacunes dans le respect des engagements internationaux aux droits humains dans le contexte du VIH/sida. Enfin, nous faisons état du règlement d'une plainte pour discrimination, aux États-Unis, en vertu duquel le Cirque du Soleil a versé une somme inégalée de 600 000\$ US à un ancien employé qu'il avait congédié en raison de sa séropositivité.

Dans le second dossier de fond, Thomas Kerr, Megan Oleson et Evan Wood relatent les événements entourant l'ouverture, l'opération et la fermeture d'un lieu sécuritaire pour l'injection non autorisé, à Vancouver, puis ils décrivent les leçons que l'on peut en tirer.

Dans la rubrique « Nouvelles internationales », le

rédacteur en chef David Patterson examine le rôle de la *Revue* dans la promotion de réactions juridiques et de politiques liées au VIH/sida, aux paliers national et international, au cours des 10 dernières années.

D'autres articles de ce numéro portent sur le test du VIH, dont deux dans le contexte du travail. Au Québec, le Collège des médecins a affirmé publiquement que le test obligatoire du VIH pour les médecins n'est pas requis sur le plan médical, et serait potentiellement néfaste. Au Botswana, deux affaires judiciaires ont mis en relief la nécessité de lois nationales spécifiques pour interdire le test obligatoire du VIH en milieu de travail. Un autre article décrit une loi adoptée par la législature de l'Alberta, qui permettrait de contraindre un individu à des tests du VIH et d'autres infections hématogènes, lorsque ses liquides corporels sont entrés en contact avec un policier, un agent correctionnel, un autre employé de services d'urgence ou un bon samaritain. Enfin, nous rendons compte d'une situation en Hongrie, où le test anonyme du VIH est théoriquement disponible – mais à un coût élevé, ce qui le rend inaccessible à plusieurs individus vulnérables et défavorisés.

En matière d'immigration, nous présentons un énoncé conjoint de l'ONUSIDA et de l'Organisation internationale pour les migrations, qui affirme que les restrictions d'immigration imposées aux personnes vivant avec le VIH/sida pour des motifs économiques (p. ex., le coût des soins de santé et des services sociaux) devraient être appliquées d'une façon qui respecte les obligations des pays à l'égard des droits humains et qui accorde une importance aux considérations humanitaires. Nous rendons compte d'une décision du Migration Review Tribunal de l'Australie, à l'effet que l'admissibilité d'un candidat séropositif à l'immigration doit tenir compte de sa contribution potentielle à la société. Nous traitons également de la décision du Tribunal fédéral de l'immigration des États-Unis, dans le cas d'une Zambienne qui pourra demeurer aux États-Unis parce que sa séropositivité au VIH lui faisait craindre à juste titre la persécution en Zambie, un pays où la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida est répandue.

# Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles?

de la page 1

l'absence de vaccin et de remède contre le VIH. Bien que l'on n'ait pas encore découvert de vaccin ni de remède, le paysage scientifique, social et politique entourant le VIH/sida a grandement changé depuis 1993 – tout comme la démographie de l'épidémie. Quelques faits importants, à l'heure actuelle :

- Le noyau de l'épidémie mondiale s'est « établi » mais la propagation du VIH demeure explosive dans les pays du tiers monde, particulièrement en Afrique subsaharienne, et en Europe de l'Est.<sup>3</sup>
- Les projections émises à la fin des années 1980 quant à l'impact social potentiellement dévastateur du sida ont été corroborées; l'atteinte de plusieurs Objectifs de développement du millénaire est compromise.<sup>4</sup>
- Les médicaments antirétroviraux font leurs preuves depuis presque dix ans et les régimes de traitement ont été simplifiés. Médecins Sans Frontières (MSF) parle de « deux comprimés par jour pour sauver des vies ». Cette notion, couplée à des connaissances quant aux approches de prévention et de traitement du VIH qui fonctionnent, pourrait sauver la vie de personnes qui ont déjà le VIH en plus de permettre des initiatives de prévention radicalement différentes et plus efficaces.
- On observe une indignation morale croissante, à l'effet que le VIH/sida exacerbe les inégalités entre les pays riches et pauvres, et

que le droit à la santé et à la vie ne devrait pas dépendre de la capacité de payer pour obtenir des médicaments et des services de santé.

Ces réalités ont contribué à donner un élan à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et au Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), pour le lancement de l'Initiative « 3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 » (« 3 x 5 »), en septembre 2003, soulignant qu'« une mobilisation politique mondiale croissante, sous l'impulsion des personnes vivant avec le VIH/sida, a sensibilisé les communautés et les gouvernements à la nécessité de considérer le traitement antirétroviral comme un droit fondamental ».<sup>5</sup> La campagne 3 x 5 a besoin de l'appui actif de militants de partout pour les droits humains. Il s'agit essentiellement d'une initiative de santé publique, aux ambitions aussi vastes que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio; mais qui vise aussi à réduire les inégalités entre les pays riches et pauvres, dans l'accès aux médicaments. La stratégie est toutefois risquée, pour l'OMS et l'ONUSIDA – et donc pour les droits humains. Elle pourrait rehausser les attentes mondiales, mais aussi les anéantir. Divers scénarios sont envisageables pour l'Initiative 3 x 5 :

a) un sombre échec, où l'objectif ne serait que partiellement atteint;

- b) un succès partiel où l'objectif ne serait pas atteint, mais qui permettrait une expansion significative de l'accès aux traitements ainsi qu'un dynamisme et un espoir qui se poursuivraient au delà de 2005; ou
- c) un succès, où l'objectif serait atteint et le travail se poursuivrait dans le but ultime de l'accès universel aux antirétroviraux pour tous ceux qui en ont besoin.

Enfin, la réussite de l'Initiative 3 x 5 dépendra non seulement de l'atteinte de son objectif, mais aussi de la durabilité de l'accès aux traitements établi, et de preuves d'une amélioration de la qualité de vie et de la longévité des millions de personnes qui vivent avec le VIH/sida dans les pays en développement. Cela nécessitera, dans un court laps de temps, une amélioration tangible et rapide de la qualité et de l'accessibilité des services de soins de santé.

La réussite de l'Initiative 3 x 5 dépendra non seulement de l'atteinte de son objectif, mais aussi de la durabilité de l'accès aux traitements établi.

## L'Initiative 3 x 5 et les droits humains

Les militants pour les droits trouveront rassurant que l'Initiative 3 x 5

soit fondée sur la conviction que l'accès aux soins de santé et aux traitements est un droit humain. Cette vision a été proclamée il y a plusieurs années dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Or, plus récemment, la mondialisation et l'épidémie du sida ont forcé les gouvernements nationaux, le système de l'ONU et les militants pour la santé à élaborer une explication plus détaillée des implications et des obligations que le droit à la santé impose aux gouvernements.<sup>6</sup> Il est également important d'analyser l'impact potentiel de la campagne 3 x 5 sur les questions « traditionnelles » de droits humains et la façon dont les principes de droits humains seront promus pendant l'initiative et au delà. Un nouveau paradoxe du sida pourrait naître : bien que l'Initiative 3 x 5 endosse une approche au VIH/sida qui soit fondée sur les droits, elle pourrait aussi constituer une menace aux droits humains si sa mise en œuvre procédait d'un contournement de principes fondamentaux (comme le consentement éclairé au test du VIH) ou entraînait un affaiblissement de l'autonomie du patient dans les décisions relatives à la divulgation.

Au cours de la dernière décennie, le succès de l'approche au VIH/sida fondée sur les droits humains (initialement articulée par Jonathan Mann; puis détaillée dans les Directives internationales de l'ONU sur le VIH/sida et les droits de la personne, etc.) a été fragmentaire.

On a beaucoup parlé du paradoxe du sida et il semble que l'approche des droits humains soit profondément enracinée dans la réponse mondiale au VIH/sida. L'existence de lois, de politiques et de jurisprudence qui protègent maintenant les droits humains

des personnes vivant avec le VIH/sida ou affectées autrement, abondantes dans plusieurs pays, est assurément un développement positif. En réponse à la libéralisation du commerce, et particulièrement à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), le plaidoyer pour la santé en tant que droit humain a considérablement influencé la pensée mondiale, la conduite des compagnies pharmaceutiques et, dans certains cas, les pratiques gouvernementales.<sup>7</sup> Cependant, le degré réel de protection dont bénéficient les membres des communautés affectées dépend généralement soit de l'engagement de leur gouvernement aux droits en question (ce qui est rare), soit de la mesure dans laquelle les organismes militants parviennent à attirer l'attention sur ces droits et à en affirmer la revendication au palier communautaire.

Malheureusement, plusieurs pays continuent de nier que le VIH est une question de droits ou refusent l'intrusion des droits humains dans certains aspects de la prévention du VIH, pour des raisons de religion, de coutumes ou de droit.<sup>8</sup> Au Zimbabwe, en Namibie et dans plusieurs autres pays de l'Afrique et de l'Asie, la discrimination à l'endroit des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes empêche les stratégies de prévention du VIH de cibler ou de joindre des millions de personnes vulnérables. Dans la plupart des pays en développement, le refus de distribuer des condoms aux détenus fait en sorte qu'un nombre considérable de personnes sont vulnérables au VIH – une vulnérabilité exacerbée par le surpeuplement et la violence sexuelle. De façon similaire, le travail sexuel demeure criminalisé dans la plupart des pays, y

compris ceux qui ont des constitutions progressistes, comme l'Afrique du Sud. Dans tous ces cas, la puissance du paradoxe évoqué par le juge Kirby demeure : le manque de protection et de respect des droits des personnes les plus vulnérables alimente l'épidémie du VIH.

L'un des domaines où l'approche des droits humains a eu peu d'effets tangibles (au delà de l'apport d'une analyse) concerne la vulnérabilité des femmes pauvres au VIH/sida, dans les pays en développement, et l'incapacité ou la réticence des États à s'attaquer aux violations de l'égalité, de l'autonomie et de l'intégrité corporelle des femmes. En 2004, un rapport régional du Groupe de travail (du Secrétaire général des Nations Unies) sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe a conclu : « Le Groupe de travail est porté à croire que le problème [de la vulnérabilité des femmes] est si vaste qu'il provoque cette paralysie des rapports entre les sexes, ou alors il est si accepté qu'il n'attire pas suffisamment d'attention des gouvernements, des donateurs et des communautés. » [trad.]<sup>9</sup> La reconnaissance tardive de cette crise des droits humains a mené à la création de la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, au début de 2004.

Les droits des enfants et les obligations à leur égard sont un domaine où l'approche des droits humains risque de ne pas être fructueuse dans l'avenir. Il s'agit d'une priorité montante en matière de droits humains, puisque des millions d'enfants perdent maintenant leurs parents et leur relative sécurité à cause du sida.<sup>10</sup> Pour ce qui est des femmes et des enfants, l'obstacle n'est pas la discrimination à l'endroit des groupes affectés ou marginalisés, mais plutôt l'intransigeance des sociétés à modifi-

er les relations entre les sexes. Le paradoxe serait alors que, malgré un refus de renverser le statu quo en habitant les femmes, celui-ci s'effondrera éventuellement, avec l'érosion du tissu social qui dépend du travail invisible des femmes.

Sans ressources à l'appui, plusieurs droits humains auront beau être universellement reconnus, ils demeureront non réalisés.

De façon générale, ces 15 dernières années, nous avons appris les leçons suivantes :

- sans ressources à l'appui, plusieurs droits humains auront beau être universellement reconnus, ils demeureront non réalisés;<sup>11</sup>
- les droits humains sont plus susceptibles d'avoir un impact sur les politiques ou les pratiques nationales lorsqu'ils sont appuyés par des mouvements sociaux comme la Treatment Action Campaign (TAC), en Afrique du Sud, qui les intègre à leur programme et les transforme en revendications; et
- des actions audacieuses et urgentes pour revendiquer des progrès vers la réalisation des droits à la dignité, à la vie et à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale doivent soutenir toutes les stratégies mondiales de santé publique, à l'instar de l'Initiative 3 x 5. Le plaidoyer pour le droit aux traitements anti-VIH doit être synchronisé avec

celui visant à enrayer les inégalités flagrantes entre les revenus et les dépenses en santé, qui sont décrites une fois de plus dans le Rapport de 2003 sur la santé dans le monde.<sup>12</sup>

En période post-traitement de la pandémie du VIH/sida, le plaidoyer en faveur des droits humains doit se poursuivre. L'essence du paradoxe initial subsiste. Il est vital de surveiller les droits des personnes qui sont vulnérables à la discrimination et à la marginalisation dans l'accès à la santé et à d'autres ressources. Les efforts locaux pour éduquer les individus à propos de leurs droits et pour redresser les violations doivent continuer. Toutefois, à la lumière des succès et échecs des 15 dernières années, de nouvelles orientations s'imposent.

### Définir de nouvelles approches à l'articulation des droits humains

Il y a toujours eu des détracteurs de l'approche du VIH/sida fondée sur les droits humains, mais ce sont habituellement des individus ou des gouvernements qui s'opposent *a priori* aux droits. Or, en 2002-2003, un ensemble plus théorisé de questions liées à l'applicabilité d'une approche au VIH/sida fondée sur les droits humains, en Afrique, a été présenté par De Cock et coll. dans deux articles publiés dans *The Lancet*.<sup>13</sup>

Le point de départ des auteurs est louable. Ils expliquent : « Nos approches philosophiques et techniques à la prévention du VIH/sida doivent interrompre la transmission du virus, atténuer l'impact clinique et social de l'épidémie, réduire le stigmatiser et la vulnérabilité, et promouvoir les droits et le bien-être des personnes séropositives et séronégatives. »[trad.] Malheureusement, dans leurs efforts

pour dénoncer l'« exceptionnalisme du sida », De Cock et coll. dressent un portrait erroné de l'Afrique et de l'approche du VIH fondée sur les droits humains. Ils ne tiennent pas compte des facteurs réels qui découragent le test de sérodiagnostic et différencient le VIH des autres maladies infectieuses. J'identifie ci-dessous certaines failles de leur argumentation, dont un élément central concerne le fait que ce qu'ils qualifient de sensibilisation élevée au VIH en Afrique (une allégation qui contredit leur propre appel à la reconnaissance de « l'hétérogénéité géographique et épidémiologique de la pandémie »),<sup>14</sup> atténuerait le besoin de counselling pré-test complet.

L'emphase sur le counselling lié au diagnostic du VIH est unique, parmi les maladies infectieuses, et mérite une discussion. La sensibilisation au VIH/sida est maintenant élevée, en Afrique, et l'on manque de preuves à l'effet qu'un counselling pré-test plus étoffé serait nécessaire pour le VIH, comparativement aux autres infections.[trad.]

Sur cette base, De Cock et coll. se disent favorables au « test de routine » qui, à leur avis, « ne devrait pas nécessiter un consentement spécifique ni un counselling pré-test ».[trad.]<sup>15</sup> Cependant, cet argument ne tient pas compte du fait que la sensibilisation n'équivaut pas à la connaissance et à la compréhension. Un degré élevé de sensibilisation au VIH/sida s'accompagne souvent d'un degré élevé d'incompréhension, de mythe et de déni. Une forte sensibilisation ne mène pas en soi à des comportements propices à la santé – et le facteur de dissuasion n'est pas l'approche de droits humains. Il est important de saisir que le counselling pré-test est à la fois une intervention de santé publique visant le transfert de connaissances sur le

VIH au patient et une obligation éthique et de droits humains qui incite le professionnel de la santé à respecter l'autonomie du patient.

Par exemple, en Afrique du Sud, où sont déployées des campagnes de prévention du VIH parmi les plus vastes et les plus coûteuses du continent, on dispose maintenant de preuves que ces efforts peuvent rehausser la sensibilisation à l'existence du VIH, mais pas aux risques individuels. Une récente étude menée par la Reproductive Health Research Unit (RHRU) de l'University of the Witwatersrand a révélé que 85% des quelque 12 000 jeunes interviewés étaient sensibilisés au VIH/sida.

En revanche,

67% des jeunes sexuellement actifs continuent de considérer qu'ils courent un faible risque de contracter le VIH. Des jeunes qui ont affirmé ne pas avoir utilisé de condom avec leur plus récent partenaire sexuel, 54% se considèrent à faible risque de contracter le VIH... Malgré la prévalence élevée du VIH parmi les jeunes (10,2%), la vaste majorité de ceux qui sont séropositifs l'ignorent – 67% ont rapporté ne jamais avoir subi de test.[trad.]<sup>16</sup>

Les constats de la RHRU portent à se demander pourquoi les populations considérées vulnérables n'ont pas recours au test du VIH – ce qui nous ramène aux droits humains et au stigmatiser! Cela met en relief l'importance du counselling, plutôt que l'inverse.

De Cock et coll. créent une dichotomie artificielle et non justifiée entre les droits humains, la justice sociale et la santé publique.

De Cock et coll. créent aussi une dichotomie artificielle et non justifiée entre les droits humains, la justice sociale et la santé publique. Ils soutiennent avoir découvert un nouveau paradoxe du sida, alléguant que les militants pour les droits humains exercent une force dissuasive à subir le test du VIH en insistant sur l'autonomie par le consentement éclairé, puis ils concluent que « l'échec à prévenir la transmission du VIH constitue une violation des droits humains qui entrave le développement humain et social de l'Afrique. »[trad.]<sup>17</sup>

Contrairement aux allégations de ces auteurs, les droits humains englobent et revendiquent à la fois la justice sociale et la santé publique. Le problème est que la gouvernance mauvaise ou corrompue de gouvernements riches et pauvres n'accorde priorité ni à la justice sociale, ni à la santé publique, dans plusieurs pays en développement. Cela est manifeste, le principal facteur décourageant les comportements propices à la santé est le manque d'accès aux soins de santé (y compris les services de counselling et de test volontaires) et aux médicaments prophylactiques ou curatifs.<sup>18</sup> Tel que l'a reconnu l'OMS, la mobilisation communautaire visant le VIH/sida est nécessaire pour réclamer la provision de services de counselling et de test volontaires ainsi que d'autres services liés au VIH et pour créer une demande dans la communauté. En réalité, même si De Cock ne le croirait pas, les principes de la confidentialité et du consentement éclairé sont encore largement ignorés dans le domaine de la santé en Afrique – et, par conséquent, ne peuvent pas poser un si grand obstacle qu'il le prétend.

Néanmoins, dans leur second article publié dans *The Lancet*, De Cock et ses collègues parviennent, par les mauvais moyens, à formuler un

ensemble de recommandations qui devraient être prises au sérieux. Ces recommandations sont énumérées sous l'en-tête « Messages pour une approche fondée sur l'état sérologique pour la prévention et les soins du VIH en Afrique ».<sup>19</sup> Essentiellement, les auteurs recommandent à chacun de connaître son état sérologique, de le divulguer à ses partenaires sexuels et de demander des soins médicaux en cas de séropositivité.

L'approche de De Cock est trop stéréotypée et dépouillée de contexte. Par exemple, compte tenu de l'inégalité des rapports entre les sexes ainsi que de la violence sexuelle dans un pays comme l'Afrique du Sud, plusieurs femmes ne pourront suivre sa recommandation de divulgation ou de connaissance de l'état sérologique du partenaire sexuel. Ironiquement, le succès d'une « approche fondée sur l'état sérologique » dépendrait donc d'une synergie établie avec l'approche des droits humains. Bien que l'on puisse appuyer les « nouveaux » messages proposés par De Cock et la nécessité de les intégrer activement à une nouvelle génération de messages sur la prévention et le traitement du VIH/sida, il est important de demeurer conscient des problèmes de droits humains qu'ils comportent. Des suggestions à cet effet sont présentées ci-dessous.

### Confidentialité et ouverture

*En plus du droit à la confidentialité, nous devrions insister sur le droit de choisir, en ce qui a trait à l'ouverture, et sur l'obligation des États de veiller activement à ce que les individus puissent exercer ce droit sans peur.* Cela exigerait que les États fassent activement campagne contre la discrimination et introduisent des lois qui interdisent et pénalisent des pratiques comme le test du VIH pré-embauche.

Les messages publics devraient promouvoir l'ouverture et la divulgation et souligner que « l'on ne devrait pas être pénalisé pour son ouverture », plutôt que de dire que « l'on n'a pas besoin ou l'on ne devrait pas être ouvert, par crainte de châtement ». Ceci n'est pas un plaidoyer pour la divulgation non volontaire, mais plutôt une suggestion pour encourager l'ouverture tout en garantissant les droits individuels à l'autonomie et à la confidentialité.<sup>20</sup>

### Test du VIH

*Par le passé, les militants pour les droits humains ont insisté sur la reconnaissance du droit de ne pas subir un test du VIH, en raison du stigmatisation, de la discrimination et de l'absence de traitement. Ce droit demeure, mais nous devrions aussi faire valoir le droit d'accéder au test du VIH et de connaître son état sérologique.* La situation a suffisamment changé pour affirmer que le test du VIH devrait être disponible et offert à plus grande échelle et de manière systématique. Tel qu'indiqué dans le document *Guidance Note on Scaling up HIV Testing*, publié par le Groupe consultatif mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits humains,<sup>21</sup> l'ONUSIDA et l'OMS ne devraient pas rejeter systématiquement le test de routine, mais insister plutôt pour que *l'offre* routinière du test du VIH s'accompagne d'un accès au counselling pré-test et au traitement, lorsque indiqué sur le plan clinique. Il est important de reconnaître que ceci diffère de la proposition de De Cock. Ce dernier défend une « politique systématique de test à moins qu'un individu y exprime spécifiquement son refus »<sup>22</sup> et un « accent sur le counselling post-test pour les patients trouvés séropositifs ».[trad.]<sup>23</sup> Vu que le problème du

counselling est systémique et structurel, enraciné dans un refus gouvernemental d'investir dans cet aspect des soins pour le VIH, la formule prônée par De Cock est dangereuse. Il est probable qu'elle fasse en sorte qu'un grand nombre de personnes subissent le test du VIH sans même entendre parler de counselling pré- et post-test.<sup>24</sup> En conséquence, dans le cadre de l'effort 3 x 5, il faudra insister constamment sur (a) l'autonomie absolue et continue des patients; (b) la confidentialité; (c) la non-discrimination; et (d) le test en tant que portail vers l'accès au traitement, lorsque indiqué sur le plan clinique.

Toutefois, certains risques doivent être admis et assumés. Le risque, pour les droits humains, que comporte la non-expansion du test du VIH (opportunités manquées de prévention et de traitement du VIH) doit être comparé au risque d'une expansion imparfaite. Les facteurs clés de *l'offre* routinière et de l'incitation au test du VIH, comme ceux décrits dans la *Guidance Note*, ne seront pas tous en place d'ici 2006. Par conséquent, l'ONUSIDA et l'OMS devraient collaborer activement avec les gouvernements qui sont engagés à une expansion éthique du test volontaire, et inciter des instances comme le FMSTP à verser des fonds à cette fin. Là où les gouvernements sont peu engagés, des organismes de la société civile devraient être appuyés dans la revendication d'un plus grand investissement direct dans le counselling, et d'une éducation publique sur le VIH qui soit améliorée et plus visible, afin d'accroître le degré de connaissance et de compréhension publiques du test du VIH. Une amélioration du degré de connaissance du public à propos du VIH rehausserait la qualité du counselling (et favoriserait des décisions éclairées) en libérant les conseillers

de la tâche de fournir de l'information, de soulever des questions, etc., qui devrait déjà faire partie du domaine public.

Nous devrions faire valoir le droit à des services de santé adéquatement financés, gérés et planifiés, ainsi que les obligations positives des gouvernements à cet égard.

### Systèmes de santé

*Enfin, comme partie intégrante du droit au traitement – qui est maintenant reconnu par écrit –, nous devrions faire valoir le droit à des services de santé adéquatement financés, gérés et planifiés, ainsi que les obligations positives des gouvernements à cet égard.* En 2000-2001, dans six pays du Sud de l'Afrique, la médiane des dépenses liées au VIH/sida était de 1\$ US par habitant. Elle variait de 29,67\$ US au Botswana à 0,41\$ US au Lesotho. La disparité des dépenses par habitant en matière de VIH/sida, au sein d'une même région, est un travesti du droit à la santé. Elle reflète une malheureuse réalité : le degré d'accès aux soins pour le VIH est devenu tributaire de fantaisies de gouvernements, des frontières coloniales qui séparent les groupes nationaux et des décisions de donateurs qui accordent leur faveur à un pays plutôt qu'à l'autre.<sup>25</sup>

### Droit à une gouvernance imputable et obligation des États de prévenir les épidémies

Le cœur du débat sur le point de mire et l'impact futur du plaidoyer pour les

droits humains et la santé publique est la gouvernance. La leçon que l'on aurait dû tirer de la dernière décennie est la suivante : à presque tous les paliers, le VIH/sida est l'expression d'une crise de politique et de gouvernance imputable et démocratique, à travers le monde.

À l'échelle internationale, la réponse adéquate au VIH/sida est menacée par l'impact mondial – en termes d'allocation des ressources – de la préséance accordée à la « lutte au terrorisme » par les États-Unis, le Royaume-Uni et d'autres pays industrialisés, au détriment des besoins humains mondiaux. En 2001, la Commission macroéconomie et santé de l'OMS a formulé d'importantes recommandations visant à donner « aux populations pauvres du monde accès à des services de santé essentiels, notamment à quelques interventions spécifiques », comme pour le VIH/sida. Elle a estimé que « les interventions essentielles [...] contre les maladies infectieuses et les carences nutritionnelles devraient en principe permettre de sauver d'ici 2010 environ 8 millions de vies *par an*. »<sup>26</sup> Malgré cela, il n'existe pas encore de plan sérieux et coordonné pour surveiller et renverser l'affaiblissement des services de santé dans les pays en développement. On observe plutôt une attitude de pusillanimité de la part des gouvernements : leurs violations de droits socio-économiques et leur échec à protéger et à promouvoir la santé ont coûté la santé, la dignité et la vie à des millions de personnes.

Au palier national, la réponse adéquate au VIH/sida est menacée par des gouvernements comme ceux de la Chine et de l'Afrique du Sud qui, pour des raisons politiques, ont évité pendant des années de prendre l'épidémie du VIH/sida au sérieux. La

critique explicite de ces gouvernements, fondée sur des preuves objectives et démontrables de manquements à leurs obligations, a été laissée à des activistes locaux qui, lorsqu'ils expriment de telles critiques, risquent souvent la persécution. Là où la société civile est faible, ou supprimée, comme dans plusieurs pays de l'Afrique et de l'Asie, les gouvernements continuent de violer impunément le droit à la santé (et plusieurs autres). Un puissant incitatif, pour que les militants des droits humains portent une attention rigoureuse aux responsabilités des gouvernements nationaux, réside dans le fait que les décisions et priorités nationales affecteront à la fois les ordres du jour et les priorités des paliers gouvernementaux supérieurs (régionaux, internationaux et mondiaux) et inférieurs (provinciaux et/ou municipaux). Le VIH/sida n'est pas encore un enjeu significatif à l'ordre du jour des réunions internationales de gouvernements, comme le G8, le G77, l'Union africaine ou l'Association of South East Asian Nations (ASEAN) – contrairement à l'ordre du jour des organismes multilatéraux des Nations Unies. Cela s'explique par le fait qu'à l'exception d'événements spéciaux, comme la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida (2001), les gouvernements nationaux n'ont pas encore agi en ce sens. Par ailleurs, le problème du VIH/sida n'est pas encore adéquatement assumé ou admis par plusieurs gouvernements des régions les plus frappées du monde.

Au palier de la gouvernance locale et municipale, dans presque tous les pays où la prévalence du VIH est élevée, on ne dispose pas encore de services élémentaires dans les communautés, les écoles, les municipali-

tés, les prisons, etc., qui tiendraient compte de l'épidémie du VIH. L'absence de tels services demeure l'un des plus importants facteurs dissuasifs pour le test du VIH, la divulgation, la prévention et le traitement.

## Conclusion

J'espère que cet article aura su défendre la pertinence continue du « paradoxe du sida ». L'envers du paradoxe est que l'échec à protéger les droits des individus les plus marginalisés et vulnérables au VIH accroît la vulnérabilité de la population entière – à l'infection à VIH et à ses conséquences sociales. Le cas des détenus l'illustre bien. La majorité des détenus sont jeunes et appartiennent à des populations très vulnérables au VIH. Ils apportent des taux élevés de VIH en prison. Dans un milieu dépourvu d'accès à l'information, de condoms et de sécurité personnelle, le VIH devient une menace pour l'ensemble de la population carcérale. Le taux de roulement est élevé, en prison; plusieurs détenus retournent dans leur communauté – ce qui fait à nouveau du VIH une menace pour les personnes dont le risque « normal » est faible.<sup>27</sup> Par conséquent, l'échec à protéger les droits humains crée un cercle vicieux d'infection à VIH. On pourrait conclure à des tendances similaires parmi les travailleurs sexuels et les hommes gais.

J'espère aussi que cet article aura démontré comment, malgré l'évolution du paradigme des droits humains en notes explicatives, directives et meilleures pratiques, les violations persistent. Des organismes comme le Réseau juridique canadien VIH/sida et l'AIDS Law Project ont beaucoup investi dans la défense des droits humains aux paliers national et mondial. Mais ils ne peuvent créer une *culture* des droits, ni débloquer les

investissements en santé qui sont nécessaires à la lutte contre l'épidémie dans les pays en développement.

L'échec continu des gouvernements à reconnaître la crise mondiale de santé est de mauvais augure pour les droits humains en général et l'Initiative 3 x 5 en particulier. Cela a déjà été signalé par Stephen Lewis, envoyé spécial de l'ONU pour le VIH/sida en Afrique. En mars 2004, M. Lewis a convoqué une conférence de presse à l'ONU pour « sonner l'alarme » à propos du manque d'appui à l'Initiative 3 x 5. Il a expliqué que l'OMS « a besoin de 200 millions \$, en 2004 et 2005, pour implanter l'Initiative 3 x 5. Jusqu'ici – et nous en sommes au troisième mois de l'année 2004 – les gouvernements donateurs ont refusé de verser cette somme. » [trad.] L'échec à investir dans la campagne 3 x 5 est une violation des droits humains dont sont coupables les gouvernements qui ont perdu leur vision ou leur intérêt dans l'atteinte de la plus haute norme possible de santé physique et mentale pour la majorité des citoyens du monde.

On peut donc soutenir qu'est venu le temps d'une approche au VIH/sida fondée sur les droits humains qui soit plus bruyante, mais inclusive, et qui réaffirme le paradoxe initial. Il est désormais primordial d'insister davantage sur les obligations de droits humains des gouvernements nationaux quant à la provision de soins de santé. L'Initiative 3 x 5 a beau être un projet mondial; elle ne se réalisera qu'à travers des plans nationaux et régionaux fructueux en matière de santé et de traitement du VIH. Par conséquent, la plus grande menace à l'Initiative 3 x 5 – et donc aux droits humains – demeure le manque de volonté des gouverne-

ments de respecter leurs obligations envers leur population en adoptant des mesures urgentes pour ériger des services sociaux et de santé et fournir des traitements.

– Mark J. Heywood

Mark Heywood est directeur de l'AIDS Law Project, au Centre for Applied Legal Studies de l'University of the Witwatersrand, à Johannesburg. On peut le joindre à heywoodm@law.wits.ac.za. Cet article a initialement été présenté sous la forme d'un document de fond à la troisième réunion du Groupe consultatif mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits humains, en janvier 2004. Il a été révisé et étoffé. L'auteur remercie les membres du Groupe consultatif pour leurs précieux commentaires.

<sup>1</sup> La première consultation internationale sur le VIH/sida et les droits humains s'est tenue en 1989; la deuxième en 1996; et la troisième en 2002. Les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne ont été publiées en 1998.

<sup>2</sup> M. Kirby, « AIDS and the Law », *South African Journal on Human Rights*, volume 9, 1993 : 1.

<sup>3</sup> Il ne faut toutefois pas négliger l'existence d'épidémies dans la plupart des pays industrialisés et le danger que représentent les taux croissants de VIH dans des pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et le Canada.

<sup>4</sup> Voir le rapport de la Commission macroéconomie et santé, OMS, 2001

<sup>5</sup> OMS et ONUSIDA, *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : Comment y parvenir – La stratégie de l'OMS*, p. 5.

<sup>6</sup> Le droit d'accès aux traitements, en tant que partie intégrante du droit aux soins de santé, est maintenant appuyé par un éventail d'observations générales, de résolutions, de rapports spéciaux et de déclarations de l'ONU. On tente de préciser sa signification et les obligations qui en découlent pour les États, dans : ONUSIDA et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, Directive 6 révisée*, 2002.

<sup>7</sup> B. Loff et M. Heywood, « Patents on Drugs: Manufacturing Scarcity or Advancing Health? », *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 30(4), hiver 2002 : 621-631.

<sup>8</sup> Cela est évident dans les compromis sur le langage qui ont été faits lors des négociations pour la Déclaration d'engagement de l'UNGASS.

<sup>9</sup> Voir aussi Human Rights Watch, *Policy Paralysis, A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*, 2003.

<sup>10</sup> *Africa's Orphaned Generations*, UNICEF, novembre 2003.

<sup>11</sup> Le Lesotho, par exemple, est doté d'un plan modèle de lutte contre le VIH/sida, mais il n'est pas mis en œuvre, faute de ressources, etc.

<sup>12</sup> Accessible à [www.who.int/whr/2003/fr/index.html](http://www.who.int/whr/2003/fr/index.html).

<sup>13</sup> K. De Cock, E. Marum, D. Mbori-Ngacha, « Shadow on the Continent: public health and HIV/AIDS in the 21<sup>st</sup> century », *The Lancet*, 2002, 360 : 67-72; K. De Cock, D. Mbori-Ngacha, E. Marum, « A Serostatus-based approach to HIV/AIDS prevention and care in Africa », *The Lancet*, 2003, 362 : 1847-1849.

<sup>14</sup> De Cock, « Shadow on the Continent », *ibid*.

<sup>15</sup> *Ibid*.

<sup>16</sup> *HIV and Sexual Behaviour Among Young South Africans, A National Survey of 15-24 year olds*, 2004, p. 56-57.

<sup>17</sup> De Cock, « Shadow on the Continent », *supra*, note 12.

<sup>18</sup> Le degré d'expansion du test du VIH envisagé par l'Initiative 3 x 5, et le besoin de créer ou d'améliorer 20 000 points de services de counselling et de test volontaires, témoignent de la pénurie actuelle de tels services sur le terrain.

<sup>19</sup> De Cock et coll., « A Serostatus Based approach », *supra*, note 12.

<sup>20</sup> Fait anecdotique, d'après mon expérience dans le Sud de l'Afrique, le droit à la confidentialité a été traduit en pratique par plusieurs infirmières et conseillers en un découragement de la divulgation et une insistance sur le droit de garder le secret sur son état. Cela est dû à l'échec des gouvernements de fournir une formation adéquate aux professionnels de la santé, particulièrement en matière d'éthique et de droits humains. De Cock critique les organismes professionnels pour leur échec à respecter les droits des patients à un sérodiagnostic exact et à une réaction au diagnostic. Or cette critique ne tient pas compte du fait que, jusqu'à récemment, plusieurs médecins étaient confrontés à un dilemme, devant leur incapacité de réagir à un diagnostic au moyen de traitements adéquats.

<sup>21</sup> Bien que ce document ne soit pas encore disponible sur Internet, d'autres renseignements à propos du Groupe consultatif sont accessibles à [www.unaids.org/en/in+focus/hiv\\_aids\\_human\\_rights/reference+group.asp](http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/reference+group.asp).

<sup>22</sup> De Cock, « Shadow on the Continent », *supra*, note 12.

<sup>23</sup> De Cock et coll., « A Serostatus Based approach », *supra*, note 12.

<sup>24</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, un forme néfaste du test de routine a été adoptée dans le cadre d'une politique au Botswana, qui est « devenu le premier pays africain à mettre en œuvre le test de routine avec option de refus, au palier national, en commençant par les établissements de santé » (*AIDS Analysis Africa*, 14 (4), 2003-04). Dans la lignée des arguments de De Cock, cette politique a été justifiée par le faible recours aux services de counselling et de test volontaires et par l'idée que « les droits publics ont préséance sur les droits humains ».

<sup>25</sup> Voir *A Comparative Analysis of the Financing of HIV/AIDS Programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*, HSRC Publishers, octobre 2003.

<sup>26</sup> *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*, rapport de la Commission macroéconomie et santé, 2001 p. 20.

<sup>27</sup> Mémoire présenté par l'AIDS Law Project à la Commission Jali, 2004; accessible via [www.alp.org.za](http://www.alp.org.za).

# Activisme pour la réduction des méfaits : étude de cas d'un lieu sécuritaire pour l'injection non autorisé, dirigé par des utilisateurs

Devant la perpétuelle crise de santé qui sévit parmi les utilisateurs de drogue par injection (UDI) de Vancouver (Canada), plusieurs appels à l'introduction de lieux sécuritaires pour l'injection (LSI) ont été lancés depuis le début des années 1990. En avril 2003, en réponse à une vaste intervention policière et à l'inaction gouvernementale, un groupe de militants a ouvert un LSI non autorisé dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Le « 327, rue Carrall » a fonctionné pendant 181 jours, malgré un harcèlement policier intense et un soutien financier limité. Pendant cette période, les bénévoles ont supervisé plus de 3 000 injections et démontré la faisabilité d'un LSI à critères souples, dirigé par des utilisateurs. Cette expérience recèle d'importantes leçons pour la défense des intérêts des UDI par la mobilisation communautaire et l'action directe. Dans cet article, Thomas Kerr, Megan Oleson et Evan Wood relatent les événements entourant la création, l'opération et la fermeture du LSI non autorisé, puis décrivent les leçons que l'on peut tirer.

## Introduction

Le quartier du Downtown Eastside de Vancouver, en Colombie-Britannique, est la scène d'épidémies persistantes de VIH et de surdose.<sup>1</sup> L'épidémie de VIH y est liée à divers facteurs, notamment l'investissement excessif dans les approches d'application de la loi, la forte prévalence de l'injection de cocaïne, les coupures dans le logement social et les services de traitement de la toxicomanie, de même que la difficulté d'accès à des seringues stériles parmi les UDI.<sup>2,3,4</sup> Depuis le début des années 1990, diverses formes d'activisme ont été déployées dans le Downtown Eastside, en réponse à la crise de santé chez les UDI – notamment des mesures pour promouvoir l'introduction de LSI.<sup>5</sup> De tels lieux (où les utilisateurs peuvent s'injecter des drogues illégales qu'ils se sont préalablement procurées) ont été ouverts dans quelques villes du monde, afin de réduire l'impact de l'injection de drogue sur la santé communautaire et publique.<sup>6</sup>

En novembre 2002, un important développement est survenu à Vancouver : l'ex-coroner en chef de la Colombie-Britannique, Larry Campbell, a été élu maire. Il a remporté les élections grâce à sa plate-forme axée sur la réduction des méfaits et sur l'intro-



Le lieu sécuritaire pour l'injection non autorisé du 327, rue Carrall, à Vancouver.

duction immédiate de LSI dans le Downtown Eastside.<sup>7</sup> Or, un premier LSI n'y était pas encore ouvert lorsque, le 7 avril 2003, le Département de police de Vancouver (DPV) a initié une vaste intervention

ciblant le milieu local de la drogue.<sup>8</sup> La descente policière, connue sous le nom d'initiative de la City-Wide Enforcement Team (CET), a été critiquée par de nombreux organismes communautaires locaux et a reçu une attention mondiale lorsque des observateurs de Human Rights Watch ont publié un rapport révélant qu'elle avait entraîné plusieurs violations de droits humains –<sup>9</sup> une allégation qu'ont vivement niée la police et les politiciens locaux.<sup>10</sup> La nuit du lancement de l'initiative CET, des activistes et UDI locaux ont ouvert un LSI non autorisé et dirigé par des utilisateurs, en signe de protestation contre la descente policière et la promesse non tenue du gouvernement municipal quant à l'ouverture d'un LSI.

Plusieurs formes d'activisme ont été déployées pour réagir à la crise de santé dans le Downtown Eastside, mais on en sait très peu de choses. La présente étude visait donc à décrire un cas spécifique d'activisme pour la réduction des méfaits. Plus particu-

lièrement, nous avons décidé de brosser un portrait du LSI non autorisé, y compris les événements menant à son ouverture, à son opération et à son éventuelle fermeture le 7 octobre 2003.

## Méthodes

Une méthodologie d'étude de cas a été sélectionnée pour examiner cet exemple particulier d'activisme pour la réduction des méfaits.<sup>11</sup> Des individus travaillant au LSI ont collaboré avec des chercheurs externes, à la collecte de données par le biais de diverses méthodes et sources.

**Mises à jour, procès-verbaux de réunions, communiqués de presse, reportages médiatiques.** Toute la documentation historique disponible a été compilée et examinée systématiquement, en quête de renseignements sur l'ouverture, l'opération et la fermeture du LSI. Les documents étaient notamment des mises à jour distribuées par les bénévoles du LSI, des procès-verbaux de réunions, des communiqués de presse et des reportages médiatiques pertinents.

**Observation participante.** Les auteurs ont également eu recours à la méthode de l'observation participante, pour la collecte des données. Ils ont assisté à diverses réunions et activités médiatiques. Des notes étaient consignées pendant ces activités ou immédiatement après. Une auteure de l'étude (Megan Oleson) a travaillé à titre d'infirmière au LSI tout au long de sa période d'opération.

**Analyse des données.** La documentation historique et les notes de terrain ont été classées en fonction des principaux objectifs de l'étude. Une analyse de contenu a permis d'en dégager des tendances. À la première

analyse, un ensemble initial de codes a servi à identifier des thématiques clés. Lors des analyses subséquentes, on a procédé à l'assignation de segments de données à des catégories ainsi qu'à l'étude des données négatives.

## Résultats

### Ouverture du LSI non autorisé et dirigé par les utilisateurs

Le LSI non autorisé s'est ouvert officiellement le 7 avril 2003 – journée même du lancement de l'initiative CET de la police de Vancouver.<sup>12</sup> L'organisme responsable de l'ouverture du LSI, la Coalition for Harm Reduction, avait pour mission initiale d'organiser une réponse à la descente policière du DPV. Dans un communiqué de presse, elle se décrivait ainsi :

La Coalition se compose d'organismes communautaires qui représentent et sont solidaires des personnes pauvres, des utilisateurs de drogue, travailleurs sexuels, immigrants et réfugiés, autochtones et autres individus marginalisés. Ses organismes membres, qui partagent la philosophie de la réduction des méfaits, estiment que l'absence d'un lieu sécuritaire pour l'injection et d'autres initiatives qui sauvent des vies, couplée à une intervention policière accrue, contribuent à une situation de plus en plus dangereuse pour les résidents défavorisés du Downtown Eastside. [trad.]<sup>13</sup>

La Coalition regroupait divers organismes communautaires existants, comme le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), l'Anti-Poverty Committee, le Housing Action Committee (HAC), la PIVOT Legal Society et la Harm Reduction Action Society. L'ouverture du LSI non autorisé se voulait une réplique com-

L'ouverture du LSI se voulait une réplique communautaire directe à la réassignation de policiers dans le Downtown Eastside.

munautaire directe à la réassignation dans le Downtown Eastside de 44 agents du DPV de même qu'une mesure de protestation contre l'échec du gouvernement à créer un LSI autorisé. Dans un discours aux médias, le président de VANDU de l'époque, Robert Wepler, a expliqué les raisons de cette action :

Nous étions fatigués de voir les délais s'éterniser sans qu'un LSI ne soit créé. Nous avions une entente avec la ville, à l'effet que la surveillance policière serait accrue après l'ouverture d'un LSI, mais la police n'a pas attendu. Elle a déployé 44 agents dans le quartier... une coalition d'organismes communautaires a donc pris l'initiative d'ouvrir un LSI. [trad.]<sup>14</sup>

Ce LSI était situé au cœur de la scène publique d'injection de drogue du Downtown Eastside, dans un local avec vitrine au 327, rue Carrall. La partie avant du local était louée à des activistes qui y tenaient principalement des réunions communautaires. L'espace réservé au LSI comprenait une salle pour les visites sans rendez-vous; une salle à l'arrière pour l'injection, avec deux petites tables et un mur temporaire; et une toilette. L'établissement fonctionnait sept jours par semaine, à raison de quatre heures par jour (de 22h à 2h).

Pour que le LSI soit dirigé par des pairs, on a commencé à organiser des réunions hebdomadaires du « Conseil », impliquant des bénévoles et des utilisateurs du site. Le Conseil était responsable des décisions opérationnelles, y compris l'évaluation, ainsi que des tâches bénévoles. Des membres de ce conseil participaient également aux réunions de la Coalition for Harm Reduction, qui portaient essentiellement sur les stratégies de communication, le recrutement de bénévoles non-UDI et la collecte de fonds. En dépit d'efforts acharnés pour recruter d'autres bénévoles, peu de professionnels de la santé ont accepté de travailler au LSI.

La salle sans rendez-vous était supervisée par des UDI locaux, qui offraient du café et s'occupaient de l'échange de seringues. Le lieu d'injection était supervisé par des bénévoles et une infirmière autorisée. Tous les bénévoles du LSI détenaient une formation en réanimation cardio-respiratoire, en premiers soins, en pratiques sécuritaires d'injection et en gestion de conflit, qui leur était fournie par l'infirmière. Les utilisateurs du lieu d'injection avaient accès à des seringues stériles, de l'eau, des filtres et des cuillères. L'infirmière supervisait toutes les injections, donnait de l'information sur les pratiques sécuritaires d'injection et le soin des veines, et prodiguait les premiers soins aux utilisateurs des services sans rendez-vous et du lieu d'injection. La salle d'injection appliquait des critères souples – un fait rare dans la plupart des LSI.<sup>15</sup> Par exemple, il n'y avait pas de règles concernant l'inscription obligatoire, le partage de drogue sur les lieux ou l'injection assistée. De plus, tout au long des opérations du LSI, des bénévoles ont collaboré avec des chercheurs locaux à la documentation des activités de l'établissement.

Environ trois semaines après la création du LSI, le Conseil a décidé d'annoncer publiquement son ouverture. On a choisi d'attendre trois semaines pour s'assurer que soit établie la faisabilité de l'établissement d'un LSI, au cas où la police exigerait sa fermeture immédiatement après l'annonce publique. Le 4 mai, la Coalition a disséminé un communiqué de presse annonçant que le LSI fonctionnait depuis trois semaines et invitant les médias à une conférence de presse sur les lieux. Elle y énonçait trois demandes : (1) l'ouverture immédiate d'un LSI autorisé; (2) le retrait immédiat des 44 policiers déployés dans le Downtown Eastside; et (3) l'application des « piliers » du traitement, de la prévention et de la réduction des méfaits, tels que décrits dans « l'approche à quatre piliers » de la Ville de Vancouver pour la lutte contre la drogue.

**Des manifestations dans le Downtown Eastside ont soutenu le moral des militants et maintenu la pression sur la police et le conseil municipal.**

Pendant la période d'opération du LSI, le HAC tenait aussi des réunions à tous les mardis pour planifier des actions directes reflétant les demandes de la Coalition. Chaque semaine, des membres de l'organisme organisaient des manifestations dans le Downtown Eastside, qui soutenaient le moral des militants et maintenaient la pression sur le DPV et le conseil municipal. Par ailleurs, lorsqu'ils ne travaillaient

pas au LSI, plusieurs bénévoles participaient à des activités de « surveillance des policiers » organisées par la PIVOT Legal Society et COPWATCH Vancouver. La surveillance des policiers fonctionnait habituellement par périodes de deux heures, durant lesquelles on observait attentivement les policiers qui patrouillaient le Downtown Eastside, on photographiait et filmait leurs activités, et on distribuait des exemplaires de la carte des droits de la PIVOT Legal Society (qui décrit les droits des citoyens en cas d'arrestation ou de détention, et propose une déclaration à lire ou à remettre à un agent si l'on est placé sous supervision ou contrôle policier).

Des membres du HAC et de la Coalition ont aussi assisté à chaque réunion du conseil d'administration du DPV, entre avril et octobre 2003. Lors de ces rencontres, des activistes expliquaient l'impact de la présence policière dans le Downtown Eastside et partageaient leurs expériences de brutalité policière. À plus d'une reprise, les quelque 50 membres du HAC et de la Coalition présents aux réunions du conseil du DPV ont forcé l'interruption de la séance, quand les activistes se voyaient refuser le droit de s'exprimer sur des items à l'ordre du jour.

### Réponse de la police

Peu après l'annonce publique de la Coalition concernant l'ouverture du LSI, les confrontations entre la police et les bénévoles et utilisateurs du LSI sont devenues de plus en plus fréquentes. L'opposition des autorités policières au LSI était évidente dès leur première déclaration publique :

L'ouverture d'un LSI illégal est évidemment préoccupante... mais ce n'est pas une priorité de premier ordre. Nous ciblons les fournisseurs, et non

les toxicomanes. Nous sommes déçus du geste de ces organismes, puisque nous appuyons la proposition officielle de LSI présentée à Santé Canada... Nous surveillons la situation, mais nous ne planifions pas d'intervention immédiate. (Anne Drennan, porte-parole de la police) [trad.]<sup>16</sup>

Malgré cette affirmation, on a compté 34 jours de présence policière au LSI ou près de celui-ci (soit 21% de sa période d'opération).<sup>17</sup> D'après les notes de terrain, le type d'activité policière variait considérablement, allant de la surveillance générale du site jusqu'à l'entrée de policiers en uniforme à l'intérieur du LSI. Les activités les plus fréquemment notées étaient, entre autres, la présence de véhicules de patrouille devant le LSI ainsi que l'observation et l'interrogation d'individus qui entraient ou sortaient des lieux :

Deux policiers ont stationné leur auto-patrouille devant le 327, rue Carrall, de minuit à 2 heures du matin ... ils étaient simplement postés là, à l'extérieur du LSI. Lorsqu'on leur a demandé de respecter les visiteurs et de libérer l'entrée, ils ont refusé et Monsieur X m'a dit que c'était sa façon de « maintenir l'ordre dans la communauté ». (6 juillet 2003)

Deux policiers qui faisaient des fouilles dans le parc, ont fouillé et détenu un jeune autochtone qui fréquente régulièrement le LSI... Interrogés par des employés, les agents ont répondu que le jeune avait quitté le parc rapidement et qu'il avait l'air suspect, puis ils m'ont dit que ce n'était pas de mes affaires et que le LSI était illégal. (23 août 2003) [trad.]

Malgré une présence policière croissante dans le quartier, les bénévoles ont refusé de fermer le LSI. Une militante locale a articulé leur position, et leur perception de la présence policière, comme suit :

Ils croient que nous devrions leur être reconnaissants de ne pas avoir encore fermé le site... Mais nous n'avons pas de reconnaissance pour eux. Ils ne peuvent pas fermer le LSI. Nous n'avons pas demandé leur permission pour l'ouvrir; et nous ne la demandons pas pour qu'il reste ouvert. Nous subissons un harcèlement systématique. [trad.]<sup>18</sup> (Ann Livingston)

**Malgré une présence policière croissante dans le quartier, les bénévoles ont refusé de fermer le LSI.**

Devant la fréquence rapprochée des interactions entre la police et les bénévoles du LSI, ces derniers ont rencontré des représentants de la Ville de Vancouver afin d'arriver à une entente sur la conduite policière autour du site. En juin, après l'échec des efforts pour réduire la présence policière à proximité du LSI, des membres de la Coalition ont organisé une autre manifestation devant les locaux d'une réunion du conseil d'administration de la police. Certains se sont introduits dans les locaux, malgré d'importantes mesures de sécurité, pour réclamer que la police s'éloigne du LSI et de ses utilisateurs. Les notes de terrain font état d'une surveillance policière accrue, après cet événement; selon les bénévoles, le secteur entourant le LSI s'est rapidement transformé en « zone policière ». À la fin du mois de juillet, la tension entre les bénévoles et la police s'est intensifiée davantage quand trois policiers sont entrés dans le LSI :

Le 20 juillet 2003 à 1h24, trois policiers sont entrés de force dans le LSI situé au 327, rue Carrall, où ils ont

interrogé et détenu des individus qui se trouvaient dans la salle sans rendez-vous. Ils ont tenté d'accéder à la salle d'injection, ce qui leur a été refusé par des bénévoles qui ont demandé à voir leur mandat de perquisition. N'ayant ni mandat ni justification raisonnable pour entrer dans la salle d'injection, les policiers ont quitté les lieux. [trad.]<sup>19</sup>

La présence policière accrue à proximité du site de même que ses conséquences négatives ont été soulignées dans une mise à jour disséminée par les bénévoles du LSI :

Déjà, chaque soir, les utilisateurs et les bénévoles du LSI font l'objet de harcèlement policier. Des agents stationnent leur auto-patrouille devant la porte du 327, rue Carrall, promènent leurs chiens renifleurs devant le site, harcèlent et intimident les individus qui entrent et sortent du local; d'autres conduisent leurs motos sur le trottoir, à travers les passants de Pigeon Park et les gens qui se tiennent devant le LSI, et ils harcèlent les bénévoles qui ouvrent et ferment le LSI. C'est de la pure intimidation; et quand des policiers empêchent quelqu'un d'utiliser le LSI, ils le poussent vers l'alternative... s'injecter dans une ruelle sombre, ou seul dans sa chambre d'hôtel... des situations qui posent un plus grand risque de violence, de surdose non traitée, de manque d'attention médicale... (21 juillet 2003)

La dernière intervention policière notée par les bénévoles remonte au 16 septembre 2003, le lendemain de l'ouverture d'un LSI autorisé, à Vancouver. Les policiers ont changé le cadenas et cloué la porte du 327, rue Carrall, avant son ouverture habituelle à 22h. Ce geste a provoqué un premier désaccord public entre le maire et la police, comme en témoignent ces commentaires aux médias :

Le LSI autorisé étant ouvert, nous avons simplement pris l'initiative de

fermer l'autre... Le conseil municipal voit peut-être les choses autrement... Mais à notre avis, il était temps de fermer les lieux, et c'est ce que nous avons fait. (Sarah Bloor, porte-parole de la police)

Je suis déçu, je l'admets. Il est certain que le LSI devra fermer, cela ne fait aucun doute. Nous rencontrerons [les responsables du LSI] jeudi et, bien franchement, j'aimerais qu'ils s'impliquent dans le LSI autorisé. (maire Larry Campbell) [trad.]<sup>20</sup>

En dépit des efforts de la police, des bénévoles du LSI sont parvenus à briser le cadenas, à enfoncer la porte et à rouvrir le 327, rue Carrall.

Avant la fermeture du LSI, la police a nié toute allégation de harcèlement des utilisateurs et réitéré que ses activités n'avaient aucunement entravé l'accès au site :

Je ne crois pas que nos agents harcèlent les gens... Ils se conduisent avec professionnalisme. Les policiers surveillent les rues, dans le cadre de leur patrouille de routine, mais l'accès au LSI n'est refusé à personne. (Sarah Bloor, porte-parole de la police) [trad.]<sup>21</sup>

La présence policière croissante autour du 327, rue Carrall, a eu un impact considérable sur les opérations du site. Des données recueillies durant ses activités montrent que la présence policière à proximité du LSI est associée à une diminution significative, sur le plan statistique, du nombre d'utilisateurs de la salle d'injection, y compris du nombre d'UDI autochtones, du nombre de visites aux services sans rendez-vous, et du nombre de seringues recueillies et distribuées sur place.<sup>22</sup>

### Fermeture du 327, rue Carrall

Le LSI situé au 327, rue Carrall a fermé ses portes le 7 octobre 2003,

après 181 jours d'activité, et environ trois semaines après l'ouverture d'un LSI officiel et autorisé, à quelques coins de rue de là. Pendant la période d'opération du LSI non autorisé, plus de 3 000 injections ont été supervisées et quelque 9 000 visites ont été recensées à la salle sans rendez-vous. La décision de fermer les lieux a été prise par le Conseil du LSI. Après six mois de travail avec peu de ressources financières et d'appui des professionnels de la santé locaux, les bénévoles du site étaient épuisés, mais néanmoins convaincus d'avoir atteint plusieurs de leurs objectifs initiaux. Un LSI officiel a été ouvert et des utilisateurs qui étaient bénévoles au 327, rue Carrall, y ont éventuellement été embauchés. Un membre du Conseil a décrit comme suit le sentiment combiné de fatigue et de réussite entourant la fermeture du site :

Les derniers six mois ont été une lutte perpétuelle contre la Ville de Vancouver, le Département de police de Vancouver et diverses associations commerciales, mais nous avons fait ce que nous avons dit, et nous avons gagné. Nous luttons encore pour les droits et la dignité des utilisateurs de drogue par injection et des personnes pauvres, et notre regroupement continuera de faire pression pour des LSI accessibles, des lieux d'injection communautaires et la fin du harcèlement policier à l'endroit des utilisateurs de drogue et des personnes pauvres. (Lisa Olm, bénévole au 327, rue Carrall) [trad.]

Le geste final des bénévoles du LSI fut d'élaborer une série de recommandations pour le fonctionnement du LSI autorisé (y compris des recommandations spécifiques concernant l'inclusion de pairs intervenants), à l'intention de la Vancouver Coastal Health Authority.

## Conclusion

À la lumière des données démontrant les effets néfastes des descentes policières dans le marché de la drogue de quartiers défavorisés,<sup>23, 24</sup> il est évident que le LSI du 327, rue Carrall a joué un rôle sanitaire crucial en offrant aux UDI un lieu où s'injecter en sécurité et sous supervision médicale. La création de la Coalition for Harm Reduction et l'ouverture du LSI ont aussi prouvé que les UDI sont capables de s'unir et d'organiser une résistance aux politiques et mesures qui menacent leur sécurité et leur santé. Les UDI impliqués dans ce projet ont planifié une réaction à l'intervention policière, malgré les risques juridiques et de santé associés à ce type d'action; par le fait même, ils ont attiré l'attention des politiciens et du public sur les effets néfastes de l'intervention policière et sur l'urgent besoin d'un LSI autorisé dans le Downtown Eastside.

**Les UDI sont capables de s'unir et d'organiser une résistance aux politiques et mesures qui menacent leur sécurité et leur santé.**

L'expérience du 327, rue Carrall a également démontré la faisabilité de l'implication d'UDI dans la gouvernance et les opérations des LSI. Des études antérieures ont révélé que l'implication de ces individus contribue à accroître la portée et l'efficacité des interventions de réduction des méfaits (p. ex., l'échange de seringues) et que les interventions qu'ils dirigent ont une portée plus vaste que les

approches traditionnelles des fournisseurs de services.<sup>25, 26, 27, 28</sup> À la lumière du succès du LSI du 327, rue Carrall, il est évident que les pairs ont un rôle primordial à jouer dans la gouvernance et les opérations des LSI. Fait digne d'attention, certains pairs qui œuvraient au LSI de la rue Carrall travaillent maintenant comme intervenants au nouveau LSI autorisé de Downtown Eastside.

En outre, le 327, rue Carrall a illustré la faisabilité d'un mode de fonctionnement à critères souples. Le LSI n'avait pas de règles interdisant le partage de drogue et l'injection assistée – des règles dont on connaissait déjà l'impact potentiellement néfaste sur le recours au LSI par les UDI de Vancouver.<sup>29</sup> Ce mode de fonctionnement a été appliqué pendant toute la période d'opération du LSI, étant donné l'absence de conflits liés à la drogue, sur les lieux (même si le partage de drogues y était courant), et vu que les UDI qui s'injectaient ou recevaient une injection supervisée acceptaient d'emblée l'ensemble des directives (i.e., précautions universelles) établies par le Conseil du LSI.

Plusieurs autres leçons de mobilisation communautaire peuvent être tirées de l'expérience de ce LSI. Premièrement, on a constaté la puissance d'une coalition. Deuxièmement, cet exemple d'activisme pour la réduction des méfaits a démontré l'efficacité potentielle d'une approche multi-facettes englobant l'élaboration de modèles de gouvernance participative (p. ex., le Conseil du LSI); la mise en œuvre continue d'actions directes (p. ex., des manifestations); la participation active à des réunions locales impliquant des responsables de politiques (p. ex., les réunions du conseil municipal); l'application de méthodes de recherche communautaire comme moyen de documenta-

tion; et le recours fréquent aux médias.

Troisièmement, l'expérience révèle que cette forme d'activisme exige un dévouement considérable et repose grandement sur la contribution volontaire de membres de la communauté qui sont prêts à assumer les risques (comme l'arrestation) liés à la provision de services non autorisés de réduction des méfaits aux utilisateurs de drogue.<sup>30</sup> Enfin, elle montre que cette forme d'activisme suscite une escalade de l'attention et du harcèlement policiers, ce qui met en relief la nécessité : (a) d'une considération minutieuse des risques pour les individus qui fournissent ou utilisent le service de réduction des méfaits; et (b) d'une assistance juridique aux militants, au besoin.

L'activisme est depuis longtemps un aspect crucial de l'avancement des intérêts des groupes marginalisés, y compris en ce qui a trait à l'établissement de programmes de réduction des méfaits pour les UDI. Les bénévoles du 327, rue Carrall ont su résister à une intervention policière et à l'inaction gouvernementale, tout en offrant aux individus les plus vulnérables un lieu sûr, à l'abri des méfaits liés à la drogue et de la violence policière. Ce LSI non autorisé a également démontré la faisabilité d'un mode de fonctionnement à critères souples, adapté à la culture et aux pratiques des UDI; ainsi que la faisabilité de l'implication d'UDI dans la gouvernance et les opérations des LSI. Bref, cette expérience recèle de précieuses leçons pour celles et ceux qui cherchent à promouvoir les intérêts des UDI par le biais de la mobilisation communautaire.

– Thomas Kerr, Megan Oleson et Evan Wood

Thomas Kerr est directeur des politiques et de la recherche en santé au Réseau juridique canadien VIH/sida. Megan Oleson est infir-

mière dans le Downtown Eastside et organisatrice communautaire à l'Anti-Poverty Committee de Vancouver. Evan Wood est chercheur scientifique au British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et professeur adjoint au Département de soins de santé et d'épidémiologie de l'University of British Columbia. Pour tout renseignement, joindre Thomas Kerr à tkerr@aidslaw.ca.

<sup>1</sup> E. Wood, T. Kerr, P.M. Spittal, M.W. Tyndall, M.V. O'Shaughnessy, M.T. Schechter; « The healthcare and fiscal costs of the illicit drug use epidemic: The impact of conventional drug control strategies and the impact of a comprehensive approach », *BCMj*, 2003, 45(3) : 130-136.

<sup>2</sup> M.V. O'Shaughnessy, J.S. Montaner, S. Strathdee, M.T. Schechter; « Deadly public policy », Conférence internationale sur le sida, 1998, 12 : 982 (abrégé n°44233).

<sup>3</sup> M.W. Tyndall, S. Currie, P. Spittal et coll.; « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *Aids*, 11 avril 2003, 17(6) : 887-893.

<sup>4</sup> E. Wood, M.W. Tyndall, P.M. Spittal et coll.; « Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 21 août 2001, 165(4) : 405-410.

<sup>5</sup> T.H. Kerr; E. Wood, A. Palepu, D. Wilson, M.T. Schechter, M.W. Tyndall; « Responding to explosive HIV epidemics driven by frequent cocaine injection: Is there a role for safer injecting facilities? », *Journal of Drug Issues*, été 2003 : 579-608.

<sup>6</sup> K. Dolan, J. Kimber, C. Fry, J. Fitzgerald, D. McDonald, F. Frautmann; « Drug Consumption Facilities in Europe and the Establishment of Supervised Injecting Centres in Australia », *Drug and Alcohol Review*, 2000, 19 : 337-346.

<sup>7</sup> Canadian Broadcasting Corporation; « Real-life Da Vinci leads sweep in Vancouver elections », 18 novembre 2002.

<sup>8</sup> « 90 arrested in drug sweep: The first five days of a major campaign has produced hundreds of trafficking charges », *Vancouver Sun*, 12 avril 2003 : A1.

<sup>9</sup> Human Rights Watch; « Abusing the user: police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver », 15(2(B)), mai 2003, accessible à <http://www.hrw.org/reports/2003/canada/canada0503.pdf>.

<sup>10</sup> *The City of Vancouver's response to the Human Rights Watch report on the health and human rights impacts of the Vancouver Police Department's City-wide Enforcement Team (CET) Initiative*, 9 juin 2003, accessible à <http://www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars/pdf/HRW-response.pdf>.

<sup>11</sup> R.E. Stake (éd.), *Case study methods in educational research: Seeking sweet water*, Washington, American Educational Research Association, 1988; R.M. Jaeger (éd.), *Complementary methods for research in education*.

<sup>12</sup> « Illegal safe injection site opens in Vancouver », *CTV News*, 2003.

<sup>13</sup> « Safe Injection Site Needs Your Support », Coalition for Harm Reduction (2003), communiqué de presse, 13 mai 2004.

<sup>14</sup> DRCNet; « Vancouver: Unsanctioned safe injection site

opens in midst of police crackdown on Downtown Eastside hard drug scene », *The Week Online with DRCNet*, 2003.

<sup>15</sup> R.S. Broadhead, T.H. Kerr, J.P. Grund, F.L. Altice, « Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives », *Journal of Drug Issues*, 2002, 32(1) : 329-355.

<sup>16</sup> *Supra*, note 14.

<sup>17</sup> T. Kerr, M. Oleson, M. Tyndall, E. Wood, « A Case Study of an Unsanctioned Peer-driven Safe Injection Site », rapport présenté à l'International Conference on the Reduction of Drug-related Harm, 2004, Sydney, Australie.

<sup>18</sup> DRCNet, « Unapproved Vancouver Safe Injection Site Gets Unwanted Police Attention », *The Week Online with DRCNet*, 25 juillet 2003.

<sup>19</sup> Columbia CNB, « Police accused of raiding safe injection site », 21 juillet 2003.

<sup>20</sup> « Safe injection site battle heating up », *CBC News*

*British Columbia*, 1<sup>er</sup> octobre 2003.

<sup>21</sup> *Supra*, note 18.

<sup>22</sup> *Supra*, note 17.

<sup>23</sup> C. Aitken, D. Moore, P. Higgs, J. Kelsall, M. Kerger, « The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street », *International Journal of Drug Policy*, 2002, 13(3) : 189-198.

<sup>24</sup> L. Maher, D. Dixon, « Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market », *British Journal of Criminology*, 1999, 39(4) : 488-512.

<sup>25</sup> C.A. Latkin, « Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks », *Public Health Report*, 1998, 113, supplément 1 : 151-159.

<sup>26</sup> R.S. Broadhead, D.D. Heckathorn, J.C. Grund, L.S. Stern, D.L. Anthony, « Drug Users Versus Outreach Workers in Combating AIDS: Preliminary Results of a Peer-Driven

Intervention », *Journal of Drug Issues*, 1995, 25(3) : 531-564.

<sup>27</sup> R.S. Broadhead, D.D. Heckathorn, D.L. Weakliem et coll., « Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention », *Public Health Report*, juin 1998, 113, supplément 1 : 42-57.

<sup>28</sup> J.P. Grund, P. Blanken, N.F. Adriaans, C.D. Kaplan, C. Barendregt, M. Meeuwse, « Reaching the unreached: targeting hidden IDU populations with clean needles via known user groups », *Journal of Psychoactive Drugs*, janvier-mars 1992, 24(1) : 41-47.

<sup>29</sup> T. Kerr, E. Wood, D. Small, A. Palepu, M.W. Tyndall, « Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 14 octobre 2003, 169(8) : 759-763.

<sup>30</sup> *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.

# NOUVELLES CANADIENNES

On trouve sous cette rubrique de brefs comptes-rendus de développements dans la législation, les politiques et la défense des droits en lien avec le VIH/sida au Canada. (Les affaires canadiennes confiées à des cours ou à des tribunaux des droits de la personne sont sous la rubrique *Le VIH devant les tribunaux – Canada*.) Les nouvelles rapportées ici sont tirées d'information portée à notre connaissance par des correspondants au Canada ou notée lors de survols des médias. Une liste des correspondants réguliers est reproduite à la page 2; des renseignements sur les correspondants occasionnels sont donnés à la fin de leur article. La correspondance pertinente aux Nouvelles canadiennes doit être adressée à David Garmaise, rédacteur en chef de cette rubrique, à [dgarmaise@rogers.com](mailto:dgarmaise@rogers.com).

## Le Canada annonce des fonds additionnels pour la lutte domestique et mondiale contre le sida

Dans une rafale d'annonces faites quelques semaines avant le déclenchement d'une élection fédérale, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il doublerait le budget de sa stratégie domestique sur le VIH/sida ainsi que sa contribution au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, et qu'il ferait une importante contribution financière à l'Initiative 3 x 5 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les organismes de lutte contre le sida ont accueilli favorablement ces nouvelles, mais ils ont critiqué le fait que l'augmentation du budget de la stratégie domestique sera étalée sur cinq ans. Ils ont aussi déploré que les fonds versés aux initiatives mondiales ne sont pas des argent supplémentaires, mais des portions d'augmentations déjà annoncées au chapitre de l'assistance internationale.

### La Stratégie canadienne sur le VIH/sida

Le 12 mai 2004, le ministre fédéral de la Santé, Pierre Pettigrew, a annoncé que le financement annuel de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida

(SCVS) serait doublé, de 42,2 millions \$ à 84,4 millions \$, d'ici à 2008-2009. L'augmentation de 42,2 millions par an sera réalisée sur une période de cinq années : le budget de la SCVS augmentera de 5 millions en

2004-2005; de 8 millions en 2005-2006 et en 2007-2008, puis de 13,2 millions en 2008-2009.

L'augmentation de 5 millions prévue pour 2004-2005 est réservée aux organismes communautaires qui

oeuvrent auprès des populations les plus vulnérables au VIH. Dans les augmentations prévues pour les années suivantes, aucune portion des fonds n'a été pré-assignée ainsi.

Bien que les fonds additionnels aient été approuvés par le cabinet fédéral, Santé Canada doit encore obtenir l'autorisation du Secrétariat du Conseil du Trésor, avant d'octroyer l'argent. En conséquence, Santé Canada ne disposera que de cinq ou six mois, pendant l'année 2004-2005, pour distribuer les 5 millions additionnels prévus pour cette année.

L'annonce de fonds additionnels pour la SCVS fait suite à plusieurs années d'intense lobbying par les organismes communautaires et d'autres organisations impliquées dans la lutte au sida. Le financement annuel est demeuré gelé à 42,4 millions \$ plus d'une décennie. Les organismes demandaient que le budget soit au moins doublé. Le Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes avait recommandé pour sa part une augmentation immédiate à 100 millions \$ annuels.<sup>1</sup> Les organismes ont accueilli favorablement la décision de doubler le budget de la SCVS, mais ils ont été critiques de la période de cinq autres années avant que l'on y parvienne. La Coalition canadienne d'organismes voués à la lutte au sida a affirmé que « triste-ment, la majeure partie de l'augmentation parviendra trop tard aux intervenants de première ligne, ce qui ne nous permettra pas de prévenir la prochaine vague d'infections et d'échecs thérapeutiques qui est sur le point de frapper le Canada. »<sup>2</sup>

## La lutte mondiale

### Initiative 3 x 5 de l'OMS

Le 10 mai 2004, le premier ministre Paul Martin a annoncé que le Canada

allait contribuer 100 millions \$ à l'Initiative 3 x 5 de l'OMS, dont le but est de fournir une thérapie antirétrovirale à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/sida, dans des pays en développement, d'ici à 2005. Cette contribution fait du Canada le plus grand bailleur de fonds de cette initiative.

L'initiative était aux prises avec un manque de revenus de 200 millions \$ US pour sa première année d'opération. La nouvelle contribution canadienne comble près de la moitié de ce manque à gagner.

### Fonds mondial

Le 12 mai 2004, la ministre de la Coopération internationale, Aileen Carroll, a annoncé que le Canada augmentait à 70 millions \$ sa contribution de 2005 au Fonds mondial (qui, en 2004, était d'environ 35 millions). En 2005, le Fonds mondial vise à recueillir 3,5 milliards \$ (comparativement à l'objectif de 1,4 milliard en 2004). La principale raison de cette hausse marquée est qu'en 2005 le Fonds doit fournir un financement renouvelé pour des portions additionnelles à des bourses approuvées dans des phases antérieures, en plus d'octroyer de nouvelles bourses.

D'après le Cadre pour une contribution équitable, dont la prémisse est que la majeure partie des ressources du Fonds mondial devraient venir des gouvernements des pays relativement riches, le Canada ne fait toujours pas sa juste part. L'ONG états-unien Aidspan, dont la mission est de rehausser l'efficacité du Fonds mondial, a calculé qu'une contribution canadienne équitable, en 2005, devrait être de 115 millions \$ US.<sup>3</sup>

### Réaction

Les ONG canadiens ont accueilli favorablement ces octrois à l'Initiative

3 x 5 de l'OMS et au Fonds mondial, mais ils se sont montrés préoccupés par le fait qu'ils accaparent près de la moitié des nouveaux fonds alloués à l'Agence canadienne de développement international dans le cadre du plus récent budget fédéral. Dans une lettre au premier ministre Martin, le directeur général de la Coalition inter-agence sida et développement, Michael O'Connor, au nom de 23 ONG dont le Réseau juridique, a signalé : « Le Fonds mondial a été établi dans le but de trouver des ressources *additionnelles* pour combattre les trois maladies, non pour amputer le budget de l'aide publique au développement déjà à la limite de ses capacités. »<sup>4</sup>

Les ONG ont par ailleurs renouvelé leur exhortation à ce que le Canada augmente son aide au développement à 0,7% du produit intérieur brut – un geste qu'ils considèrent essentiel pour l'atteinte des Objectifs de développement pour le Millénaire adoptés par les Nations Unies.

– David Garmaise

<sup>1</sup> D. Garmaise, « Un comité des Communes recommande une hausse substantielle du budget de la SCVS », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 25-26.

<sup>2</sup> « Sida – Accueil favorable de la hausse du budget, mais les fonds sont requis dès maintenant », communiqué de presse (14 mai 2004). La Coalition canadienne d'organismes voués à la lutte au sida est formée de 16 organismes importants qui contribuent à la prévention, aux traitements et à la recherche, au Canada, notamment la Société canadienne du sida, le Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida. Le communiqué est téléchargeable ([www.ctac.ca/francais/pdf/mr\\_may14\\_2004\\_Coalition\\_Release.pdf](http://www.ctac.ca/francais/pdf/mr_may14_2004_Coalition_Release.pdf)).

<sup>3</sup> Voir « An updated analysis of the Equitable Contribution Framework », sur le site Internet de Aidspan (à [www.aidspan.org/globalfund/index.htm](http://www.aidspan.org/globalfund/index.htm)).

<sup>4</sup> Lettre du 21 mai 2004 ([www.icad-cisd.com/content/pub\\_details.cfm?ID=108&CAT=4&lang=f](http://www.icad-cisd.com/content/pub_details.cfm?ID=108&CAT=4&lang=f)).

# Des rapports recommandent de mettre fin aux préjudices causés par les dispositions du Code criminel en matière de prostitution

La vente de services sexuels d'un adulte consentant à un autre est légale, en vertu du droit canadien. Mais le Code criminel interdit plusieurs activités liées à la prostitution et au commerce sexuel. En conséquence, plusieurs travailleurs sexuels se trouvent en conflit avec la loi. Dans des rapports récents, deux organisations canadiennes ont recommandé l'abrogation des dispositions actuelles du Code criminel concernant des activités liées au commerce sexuel. D'une part, la Pivot Legal Society a publié le rapport « *Voices for Dignity : A Call to End the Harms Caused by Canada's Sex Trade Laws* », en mars 2004.<sup>1</sup> D'autre part, le Conseil permanent de la jeunesse, un comité de 15 membres qui conseille le gouvernement du Québec, a publié « *Prostitution de rue : avis* », en avril 2004.<sup>2</sup>

## « *Voices for Dignity* »

En toile de fond au rapport de Pivot : la disparition (et dans plusieurs cas la torture) de travailleuses sexuelles de Vancouver dont plusieurs étaient du quartier Downtown Eastside (l'Eastside), où est établi Pivot. *Voices for Dignity* se base sur les affidavits de 91 travailleurs et travailleuses sexuels qui vivent ou travaillent dans ce quartier : 81 de sexe féminin et 10 de sexe masculin, dont l'âge varie entre 22 et 62 ans. Le rapport présente des témoignages de ces personnes à propos de leurs expériences, opinions et impressions en rapport avec les interdictions, dans le Code criminel, relatives aux maisons de débauche,<sup>3</sup> au proxénétisme<sup>4</sup> et à la communication aux fins de prostitution.<sup>5</sup> Tous, sauf un, ont demandé que l'interdiction de tenir une maison de débauche soit abrogée afin que les travailleurs sexuels qui choisissent de travailler à l'intérieur, dans des conditions sûres et salubres, puissent le faire. Tous les travailleurs sexuels qui ont parlé de l'interdiction de communiquer en vue de se prostituer, sauf un, ont demandé qu'elle soit abrogée. Ils l'ont qualifiée

d'inefficace et ont affirmé que son application est un facteur responsable de conditions de travail dangereuses. Dans l'ensemble, « les affidavits révèlent plusieurs effets néfastes des lois canadiennes en matière de commerce sexuel, qui empirent les conditions de vie déjà préjudiciables des travailleurs sexuels, exacerbent la stigmatisation de leur travail et de leur situation sociale ainsi que l'impression que les travailleurs sexuels n'ont pas autant de valeur que d'autres membres de la société » [trad.].<sup>6</sup>

*Voices for Dignity* décrit l'interaction complexe d'une panoplie de facteurs, dont la pauvreté, le logement, la violence, la santé, la toxicomanie et l'application de la loi. Par exemple, le rapport cite comment l'opération de la Police de Vancouver visant à évincer le marché de la drogue de l'Eastside a conduit à l'arrestation de travailleurs du sexe, impliqués dans la drogue ou non; comment cette opération a contraint certains d'entre eux à travailler dans des endroits peu sûrs; et comment elle a probablement exacerbé les problèmes sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues illégales.<sup>7</sup> On y met aussi en relief les liens entre

l'injection de drogue, les maladies transmissibles (comme le VIH/sida et l'hépatite C) et le manque d'accessibilité des soins de santé pour les travailleurs sexuels qui ont livré des affidavits sous serment.

Le rapport utilise ces témoignages pour faire état de préjudices que subissent les travailleurs sexuels à cause des dispositions criminelles visant la prostitution, et il soutient que ces dernières constituent des violations de droits garantis par la Charte canadienne des droits et libertés. Les auteurs affirment que les droits des travailleurs sexuels à la liberté d'expression, à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne ainsi qu'à l'égalité sont tous bafoués par les dispositions en question, et qu'elles devraient par conséquent être abrogées. *Voices for Dignity* se conclut par un « appel à l'action », qui va au delà de la revendication que le commerce sexuel soit décriminalisé : il recommande (a) des consultations auprès des travailleurs sexuels, relativement à la réforme du droit, des services sociaux et de santé ainsi que des pratiques policières; et (b) le développement de campagnes d'édu-

cation populaire pour promouvoir l'appartenance sociale et les droits humains des travailleurs sexuels. Le rapport a suscité une attention médiatique nationale<sup>8</sup> et a été commenté favorablement par le ministre de la Justice, Irwin Cotler.<sup>9</sup>

Les dispositions du Code criminel visant la prostitution violent des droits garantis par la Charte canadienne des droits et libertés.

## Prostitution de rue

Le rapport *Prostitution de rue* publié par le Conseil de la jeunesse présente de nombreux points en commun avec *Voices for Dignity*. Le rapport du Conseil, basé sur une abondante recherche de fond,<sup>10</sup> donne la parole aux personnes affectées et met l'accent sur la dynamique complexe de stigmatisation et de vulnérabilité qui opère, quant à la prostitution de rue. Comme le rapport de Pivot, il a reçu une attention médiatique nationale.<sup>11</sup> Le Conseil a choisi d'éviter la question idéologique de qualifier de travail ou d'exploitation la prostitution de jeunes adultes (moins de 18 ans),<sup>12</sup> plutôt que de proposer des orientations susceptibles d'améliorer la situation des jeunes travailleurs sexuels de rue. Les recommandations formulées dans le rapport se répartissent en quatre volets : (1) prévenir l'entrée dans la prostitution de rue; (2) améliorer les conditions de vie des

personnes prostituées de la rue; (3) soutenir les personnes qui désirent quitter la prostitution de rue; et (4) développer des connaissances sur des thèmes particuliers.

Entre autres recommandations, le rapport incite le gouvernement du Québec (a) à lancer une campagne d'information pour attirer l'attention sur la discrimination, la violence et la stigmatisation que rencontrent les travailleurs sexuels de rue;<sup>13</sup> et (b) à encourager les services publics à adopter des politiques de non-discrimination à l'endroit des personnes marginalisées.<sup>14</sup> Fait important, afin d'aider les personnes qui s'injectent des drogues et de réduire la nuisance dans les communautés, le rapport recommande que le gouvernement québécois examine la possibilité d'ouvrir un lieu sécuritaire pour l'injection.<sup>15</sup>

*Prostitution de rue* signale les conséquences déplorables des interdictions du Code criminel, y compris l'effet catalytique de la répression policière sur la vulnérabilité des travailleurs sexuels de rue :

En tentant d'échapper au regard policier, les personnes prostituées de la rue s'exposent à des pratiques moins sécuritaires. Elles s'isolent davantage, diminuent le temps de négociation avec le client, ne vont pas chercher de l'aide lorsqu'elles sont victimes d'actes criminels, etc. Pourtant, comme tout autre citoyen, la personne prostituée a droit à la protection de la police.<sup>16</sup>

Le Conseil, dans son rapport, incite le gouvernement du Québec à faire pression sur le gouvernement fédéral afin que la prostitution adulte soit décriminalisée<sup>17</sup> et, le cas échéant, à

évaluer la mise en œuvre et l'impact de cette mesure.<sup>18</sup>

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à [gbetteridge@aidslaw.ca](mailto:gbetteridge@aidslaw.ca).

<sup>1</sup> Pivot Legal Society Sex Work Subcommittee, *Voices for Dignity: A Call to End the Harms Caused by Canada's Sex Trade Laws*, Vancouver; Pivot Legal Society, 2002 (accessible via [www.pivotlegal.org](http://www.pivotlegal.org)). [Ci-après, *Voices for Dignity*.]

<sup>2</sup> Conseil permanent de la jeunesse, *Prostitution de rue: avis*, avril 2004 (accessible via [www.cpj.gouv.qc.ca](http://www.cpj.gouv.qc.ca)). [Ci-après, *Prostitution de rue*.]

<sup>3</sup> Code criminel, L.R.C 1985, ch. C-46 – l'article 210 désigne comme infraction le fait de tenir une « maison de débauche » ou de s'y trouver. L'art. 211 interdit de transporter une personne vers une « maison de débauche ».

<sup>4</sup> *Ibid.*, l'art. 212 désigne comme infraction criminelle le fait de contrôler ou d'influencer une autre personne impliquée dans la prostitution, de vivre avec ou d'être habituellement en compagnie d'une prostituée, ou de tirer profit de la prostitution.

<sup>5</sup> *Ibid.*, l'art. 213 désigne comme infraction criminelle la communication dans ce but, de même que le fait d'arrêter ou d'entraver la circulation pédestre ou automobile, et la tentative de communiquer avec quelqu'un aux fins d'une prostitution.

<sup>6</sup> *Voices for Dignity*, *supra*, note 1, p. 2.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>8</sup> J. Armstrong, « Repeal prostitution laws, report urges », *Globe and Mail*, 2 mars 2004, A8.

<sup>9</sup> Communiqué de presse, « Minister of Justice supports new Pivot report on sex trade », Pivot Legal Society, 2 mars 2004; et entretien personnel avec Katrina Pacey, codirectrice générale de Pivot et co-auteure du rapport.

<sup>10</sup> Conseil de la jeunesse, *Vue de la rue: Les jeunes adultes prostitué(e)s – Rapport de Recherche*, avril 2004 (accessible via [www.cpj.gouv.qc.ca](http://www.cpj.gouv.qc.ca)).

<sup>11</sup> R. Seguin, « Sex trade laws must change, Quebec study says », *Globe and Mail*, 27 avril 2004, A5.

<sup>12</sup> Le Conseil affirme clairement, toutefois, que la prostitution de personnes de moins de 18 ans soulève la question de l'exploitation sexuelle.

<sup>13</sup> *Prostitution de rue*, *supra*, note 2, recommandation 10.

<sup>14</sup> *Ibid.*, recommandation 12.

<sup>15</sup> *Ibid.*, recommandation 23.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>17</sup> *Ibid.*, recommandation 13.

<sup>18</sup> *Ibid.*, recommandation 29.

# La Nouvelle-Écosse renouvelle sa stratégie sur le VIH/sida

**Le 1<sup>er</sup> décembre 2003, après un processus de consultation et de planification qui a duré cinq ans, la Nouvelle-Écosse a adopté une stratégie renouvelée sur le VIH/sida.<sup>1</sup> Celle-ci remplace la précédente, lancée une décennie plus tôt. La stratégie renouvelée vise à promouvoir l'action en collaboration visant les déterminants de la vulnérabilité à l'infection à VIH, et l'amélioration de la capacité des personnes vivant avec le VIH/sida d'atteindre une santé optimale et la meilleure qualité de vie possible.**

La stratégie préconise quatre orientations stratégiques : mobiliser une action intégrée contre le VIH/sida; établir une vaste approche de recherche et de partage d'information; élaborer une approche coordonnée pour la prévention et la réduction des méfaits; et établir une approche coordonnée en matière de soins, traitements et services de soutien.

Pour chaque orientation stratégique, des recommandations détaillées indiquent les actions à entreprendre. On y trouve notamment des recommandations touchant :

- les services communautaires pour les personnes vulnérables au VIH;
- un financement adéquat et stable pour les programmes communautaires sur le VIH/sida;
- un programme provincial de recherche sur le VIH/sida;
- la collecte de données de surveillance du VIH/sida parmi les communautés africaines, autochtones et de nouveaux immigrants;
- un environnement sûr et habilitant, pour l'éducation des employés et étudiants – en particulier pour les personnes vivant avec le VIH/sida, les gais, lesbiennes et personnes bisexuelles et transgenre –, dans les écoles publiques, collèges communautaires et universités;
- un programme de formation sur le VIH/sida, le sexisme, le racisme et l'homophobie, dans les écoles publiques, ainsi que l'éducation et le soutien pour sa mise en œuvre;
- une stratégie complète de prévention intégrant l'approche de réduction des méfaits, pour diverses populations, dans divers contextes de la fourniture de services;<sup>2</sup>
- une campagne de sensibilisation pour informer le public à propos du VIH/sida;
- un continuum intégré de soins, traitements et soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida;
- des soins coordonnés pour les personnes vivant avec le VIH/sida qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, d'usage de drogue ou de jeu abusif;
- un programme multidisciplinaire sur le VIH/sida pour tous les fournisseurs de soins qui suivent une formation ou un développement professionnel;
- un protocole pour le soutien et la promotion des droits des personnes vivant avec le VIH/sida, fondé sur un modèle d'orientation des patients qui a été adapté des soins pour le cancer;
- l'implication des communautés confessionnelles et organisations spirituelles, dans le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida;
- des politiques et programmes pour la protection des enfants vivant avec le VIH/sida;
- des politiques et pratiques relativement aux enfants qui sont sous les soins du gouvernement de la province;
- des programmes en milieu de travail pour le soutien des personnes vivant avec le VIH/sida; et
- un examen des directives en matière d'assurance pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Ces recommandations sont axées sur la réduction de la discrimination, l'abolition des obstacles aux services et l'attention aux besoins insatisfaits, par une action coordonnée et ciblée. On porte une attention particulière aux besoins des personnes gais, lesbiennes, bisexuelles et transgenre, des Néo-écossais d'origine africaine, des personnes autochtones, des femmes, des jeunes et des enfants. Bien que l'on n'y utilise pas le langage des droits de la personne, plusieurs des recommandations sont conformes à une approche au VIH/sida fondée sur les droits.

La Nova Scotia Advisory Commission on AIDS coordonnera la mise en œuvre de la stratégie. Elle prévoit créer quatre groupes intersectoriels de travail, un pour chacune des orientations stratégiques, pour voir à

la mise en œuvre des actions recommandées.<sup>3</sup>

– Theodore de Bruyn

Theodore de Bruyn a été analyste principal des politiques, au Réseau juridique canadien VIH/sida, en 2003-2004.

<sup>1</sup> Provincial HIV/AIDS Strategy Steering Committee, *Nova Scotia's Strategy on HIV/AIDS*, Halifax, 2003. Un rapport sommaire est accessible ([www.gov.ns.ca/health/downloads/HIVAids\\_summaryreport.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/downloads/HIVAids_summaryreport.pdf)).

<sup>2</sup> Les mesures proposées pour la réduction des méfaits incluent l'accès aux barrières de protection, au test anonyme, à des programmes d'échange de seringues et à des services de traitement à la méthadone. On ne trou-

ve pas de recommandation de créer des lieux sécuritaires pour l'injection.

<sup>3</sup> Pour des plus amples renseignements sur la mise en œuvre de la stratégie, téléphoner à la Commission au (902) 424-5730 ou lui adresser un courriel à [proctom@gov.ns.ca](mailto:proctom@gov.ns.ca).

## Une étude révèle les conséquences sanitaires néfastes d'une opération policière dans le marché de la drogue

**Une descente policière menée dans le Downtown Eastside de Vancouver a causé un déplacement de la scène de la drogue vers des quartiers adjacents et pourrait avoir exacerbé les méfaits sanitaires et sociaux liés à l'injection de drogue, selon une étude publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* par Evan Wood et ses collègues du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.<sup>1</sup>**

Cette étude n'est pas la première à remettre en question l'approche prohibitionniste, fondée sur le droit criminel, comme réaction au problème sanitaire de l'injection de drogue.<sup>2</sup> Elle apporte des preuves supplémentaires à l'effet que l'intervention policière catalyse la crise de santé publique qui sévit parmi les populations marginalisées du Downtown Eastside.<sup>3</sup>

L'étude se fonde sur les données collectées auprès de participants inscrits à la Vancouver Injection Drug Use Study. En avril 2003, le Département de police de Vancouver a entamé une vaste intervention policière auprès des fournisseurs et des utilisateurs de drogue du Downtown Eastside. Cinquante policiers supplémentaires ont été déployés dans le quartier, au coût d'environ 2,3 millions \$ CAN, pour interrompre le trafic public de drogue et le cycle de criminalité et d'usage de drogue. L'étude visait à mener une évaluation rigoureuse des

conséquences de cette intervention.

Les chercheurs n'ont observé aucune diminution de la fréquence d'usage de drogue, ni de variation du prix de la drogue, dans le Downtown Eastside. Des données laissent supposer que la présence policière a réduit l'accès à la drogue, mais cela s'explique probablement par le fait que plusieurs fournisseurs se sont déplacés vers des quartiers adjacents. L'étude montre que le déplacement du marché de la drogue a poussé les utilisateurs à s'éloigner des ressources et services de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie à leur intention dans le Downtown Eastside. Les auteurs concluent qu'en l'absence d'un accès facile à des seringues neuves, l'on pourrait observer une recrudescence des pratiques d'injection non sécuritaires et des taux d'infections hématogènes comme le VIH et l'hépatite C. Ils soulignent qu'une présence policière accrue pourrait

également diminuer le recours aux lieux sécuritaires pour l'injection et augmenter la mise au rebut non sécuritaire des seringues.

– Glenn Betteridge

<sup>1</sup> E. Wood, P. Spittal, W. Small, T. Kerr, K. Li, R. Hogg, M. Tyndall, J. Montaner, M. Schechter, « Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2004, 170(1) : 1551-1556. Pour un reportage médiatique sur le sujet, voir F. Bula, « Crackdown hasn't cut drug use in Downtown Eastside report », *Vancouver Sun*, 11 mai 2004.

<sup>2</sup> Voir par exemple Human Rights Watch, « Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver », *Human Rights Watch Report*, 2003 : 15(2B), cité dans J. Csete, J. Cohen, « Droits humains à Vancouver : les utilisateurs de drogue ont-ils un ami à la mairie? », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 1, 7-11; T. Kerr, E. Wood, D. Small, A. Palepu, M. Tyndall, « Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 169(8) : 759-763.

<sup>3</sup> Les conséquences néfastes de l'intervention policière sur les travailleurs sexuels, récemment mises au jour, sont abordées dans G. Betteridge, « Des rapports recommandent de mettre fin aux préjudices causés par les dispositions du Code criminel en matière de prostitution », dans les *Nouvelles canadiennes de la présente Revue canadienne VIH/sida et droit*.

# Santé Canada considère la fourniture de marijuana médicinale dans les pharmacies

**Santé Canada pourrait imiter le système néerlandais de distribution de marijuana médicinale dans les pharmacies. Entre-temps, des révisions au système très critiqué de réglementation de la marijuana médicinale sont en développement.**

Santé Canada prépare en Colombie-Britannique un projet pilote sur la distribution, en pharmacie, de marijuana certifiée par le gouvernement, pour les personnes autorisées à en faire usage à des fins médicales, rapportait la Presse canadienne (PC).<sup>1</sup>

En juillet 2003, lorsque le ministère a commencé à faire lui-même la distribution de marijuana médicinale à des patients, comme suite à une ordonnance de la Cour suprême de l'Ontario, il a souligné que ce mode de distribution était une mesure provisoire, dans l'attente de solutions plus permanentes.<sup>2</sup> Dans l'article de la PC, il est signalé que le projet pilote imitera un programme qui est en fonction aux Pays-Bas depuis un an et qui permet aux utilisateurs de marijuana médicinale d'acheter de la marijuana dans les pharmacies locales. Il s'agirait du premier cas canadien de distribution par les pharmacies d'une substance contrôlée qui n'est pas un médicament approuvé.

Le reportage de la PC signale que

le projet pilote est prévu en Colombie-Britannique parce que le collège des pharmaciens de cette province a émis un énoncé de position avant-gardiste, l'automne dernier, en faveur de la distribution de marijuana médicinale dans les pharmacies, contrairement à la plupart des autres organismes de santé qui se sont opposées à un accès facilité. [trad.]

D'après la PC, on compterait actuellement 78 individus autorisés au Canada à acheter la marijuana de Santé Canada, qui pour le moment est livrée directement par service de mes-

sagerie aux patients ou à leur médecin. Bien que le nombre d'utilisateurs autorisés soit faible, la PC cite Robin O'Brien, une pharmacienne consultante qui travaille à l'organisation du projet pilote pour Santé Canada, affirmant que des sondages internes du ministère portent à croire que jusqu'à 7% de la population de la Colombie-Britannique – soit environ 290 000 personnes – utilisent de la marijuana à des fins médicales, quoique dans l'illégalité. O'Brien a affirmé qu'un accès facilité à de la marijuana certifiée pourrait inciter un plus grand nombre d'utilisateurs à des fins médicales à s'inscrire auprès du gouvernement. Cependant, d'après le rapport de la PC, des inquiétudes de piètre qualité du produit fourni par Santé Canada pourraient inciter des usagers potentiels à éviter le recours au système gouvernemental.

On ne sait pas clairement si la substance distribuée dans les pharmacies serait sous une forme que les usagers pourraient fumer. La PC rapportait que les pharmaciens préféreraient que le produit soit fourni sous une autre forme.

Le reportage de la PC signale par ailleurs que, si la marijuana produite par Santé Canada devenait plus largement accessible, les usagers autorisés pourraient perdre l'option actuelle de cultiver eux-mêmes la marijuana ou de confier cette tâche à un mandataire.

## Les changements au Règlement

Au début de 2004, en réponse à l'ordonnance de la Cour d'appel<sup>3</sup> de ren-

dre moins restrictif le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM), Santé Canada a amorcé un processus de consultation des déposataires d'enjeux afin de réviser l'actuel RAMM. Le ministère a sollicité des commentaires relatifs aux dispositions du RAMM,<sup>4</sup> en promettant que « [d]'autres occasions de formuler des commentaires seront données à la suite de la publication des modifications proposées du RAMM, dans la partie I de la *Gazette du Canada*, au printemps 2004. »<sup>5</sup> Cependant, à la fin de juin 2004, les propositions de modifications attendues n'avaient pas encore été publiées.

Par ailleurs, une rencontre de multiples déposataires d'enjeux a eu lieu à Ottawa, en février 2004, afin de discuter de possibles changements au RAMM. En dépit du caractère exploratoire de cette réunion, il a semblé que plusieurs des aspects restrictifs actuels du RAMM pourraient être assouplis.

– Derek Thaczuk

<sup>1</sup> D. Beeby, « Certified marijuana may be made available in pharmacies », *Presse canadienne*, 21 mars 2004.

<sup>2</sup> Voir D. Thaczuk, « Santé Canada rend de la marijuana disponible pour usage médical », *Revue canadienne VII/Isida et droit*, 2004, 9(1) : 25-27.

<sup>3</sup> Voir G. Cruess, « La Cour d'appel de l'Ontario déclare inconstitutionnel le règlement sur la marijuana médicinale », *Revue canadienne VII/Isida et droit*, 2003, 8(3) : 59-62.

<sup>4</sup> « Avis : Santé Canada sollicite des commentaires concernant le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM) », accessible via [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/archives.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/archives.htm).

<sup>5</sup> *Ibid.*

## En bref

### Montréal – Demande d'enquête sur des pratiques d'embauche de la police

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida) ont déposé une demande officielle, à la Commission des droits de la personne et de la protection de la jeunesse du Québec, de faire enquête sur certaines normes d'embauche au Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et les critères d'admission à l'École nationale de police du Québec (ENPQ), l'établissement de formation des étudiants policiers. Les normes de recrutement du SPVM et les critères d'admission de l'ENPQ stipulent explicitement que la candidature de toute personne séropositive sera rejetée.<sup>1</sup>

La demande a été adressée à la Commission en juin 2004, par voie de lettre,<sup>2</sup> soulignant que les critères d'admission et d'embauche ne peuvent porter sur autre chose que les aptitudes et qualités requises de l'emploi ou de la formation, sans violer les articles 10 et 20 de la *Charte des droits et libertés* [du Québec] (la « Charte »). Elle affirme que le statut sérologique d'un individu n'a pas, en lui-même, un impact sur sa capacité physique et mentale de suivre le programme de formation en patrouille-gendarmerie ou d'exercer le métier de policier.

La COCQ-Sida et le Réseau juridique ont signalé à la Commission que les normes d'admission à l'ENPQ ainsi que les normes d'embauche du SPVM sont des exemples flagrants de discrimination directe, formellement

interdite par la Charte et par la jurisprudence de la Cour suprême du Canada. Ils ont noté que chaque personne vivant avec le VIH a sa propre condition médicale, qui peut varier d'un individu à l'autre. Un très grand nombre de personnes vivant avec le VIH sont en excellente forme physique et rien ne justifie qu'elles n'aient pas accès au métier de policier si elles possèdent les aptitudes et qualités requises pour le poste.

– David Garmaise

### Québec – Énoncé du Collège des médecins sur le test du VIH pour les médecins

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a jugé que l'imposition du test du VIH à ses membres n'est ni nécessaire ni appropriée, et que les médecins vivant avec le VIH ne devraient pas être forcés de divulguer leur séropositivité à leurs patients. Le CMQ vient de publier un énoncé de position<sup>3</sup> en réponse à la révélation, en janvier 2004, que plus de 2 600 patients avaient été opérés par une chirurgienne séropositive à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.<sup>4</sup>

Le CMQ affirme que le test obligatoire du VIH pour les médecins n'est pas requis sur le plan médical, et serait potentiellement néfaste. Il note que les mesures coercitives à l'endroit des médecins (ou de tout autre individu ou groupe) encouragent la clandestinité et pourraient accroître (plutôt que de réduire) les risques de transmission. Il considère que la responsabilité de la gestion du risque

professionnel relève d'abord du médecin lui-même. Pour voir à cette obligation, l'énoncé de position du CMQ affirme que :

- les médecins qui pourraient avoir été exposés à un pathogène hématogène ont le devoir de connaître leur état sérologique;
- les médecins séropositifs au VIH devraient consulter un autre médecin, pour leur traitement et suivi;
- les médecins séropositifs au VIH devraient informer leur employeur de leur état;
- les médecins séropositifs au VIH qui pratiquent une procédure médicale pouvant impliquer l'échange de sang ou de liquides corporels devraient faire évaluer leur situation – avant et après la procédure – par un comité d'experts; et
- les médecins qui ont une infection doivent observer les recommandations du comité d'experts.

L'Hôpital Sainte-Justine a tenté de contacter les 2 600 patients concernés pour leur recommander le test du VIH, mais 15% d'entre eux n'ont pu être rejoints. À la fin d'avril 2004, toutes les personnes contactées et testées étaient séronégatives.<sup>5</sup>

L'Association médicale du Québec (AMQ) a publié un énoncé appuyant la position du CMQ. Elle affirme que l'application des recommandations du CMQ « constitue la meilleure assurance pour les patients qu'ils auront accès à des soins de qualité et sécuritaires, et qu'ils pourront continuer à faire confiance à leurs médecins ».<sup>6</sup>

– Hari Subramaniam et David Garmaise

## Statistique Canada prévoit utiliser des échantillons sanguins et autres pour mesurer des tendances de santé

Statistique Canada espère prélever des échantillons de sang et d'urine – et peut-être de salive – auprès de volontaires dès 2005, dans le cadre d'un projet de quatre ans (appelé « l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé »).<sup>7</sup> Ce projet de 20 millions \$ impliquerait une batterie de tests de laboratoire sur des échantillons de sang et d'urine fournis par quelque 10 000 Canadiens, à la recherche de dizaines d'indicateurs clés de santé. Les chercheurs pourraient y déceler le VIH, le diabète, le taux de cholestérol, la présence de plomb et de pesticides, le SRAS, l'herpès, le virus du Nil et plusieurs autres indicateurs de la santé de la population générale.

Au Canada, la dernière enquête du genre remonte à 1978-79. Statistique Canada précise que plusieurs autres pays recueillent régulièrement des échantillons de liquides corporels à des fins de recherche – notamment les États-Unis, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et certains pays européens. Aux États-Unis et en Australie, ces études ont révélé d'importantes tendances qui ne s'étaient pas dégagées des questionnaires réguliers.

Statistique Canada note que les échantillons pourraient être conservés pendant plusieurs années, afin de les soumettre à d'éventuels tests qui n'existent pas encore.

Les participants à l'enquête canadienne seraient des bénévoles représentatifs de la population générale, en termes d'âge, de sexe et d'autres caractéristiques démographiques. Les militaires, les résidents des réserves autochtones et ceux d'établissements

comme les prisons seraient exclus de l'étude. Les échantillons seraient prélevés en contexte clinique, par exemple dans une clinique mobile; et les participants ne seraient pas rémunérés, mais leurs dépenses (comme le transport) leurs seraient remboursées.

Statistique Canada souligne que l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé sera réalisée en vertu de la Loi sur la statistique, qui exige que les renseignements fournis demeurent confidentiels. Aucune information permettant d'identifier les participants ou leurs familles ne sera divulguée à quiconque sans leur permission.<sup>8</sup>

Un projet pilote est prévu en 2005; l'échantillonnage complet s'effectuera en 2006, peut-être après le recensement pancanadien prévu la même année. Statistique Canada précise que la planification de l'enquête ne fait que s'amorcer et devra être approuvée par le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada ainsi que les autorités provinciales en la matière.

– David Garmaise

## Alberta – La loi sur le prélèvement d'échantillons de sang franchit la troisième lecture

L'assemblée législative de l'Alberta a adopté une loi qui permettrait de contraindre un individu à des tests du VIH, d'hépatites et d'autres infections hématogènes, lorsque ses liquides corporels sont entrés en contact avec un policier, un agent correctionnel, un autre employé de services d'urgence ou un bon samaritain. Le Projet de loi 204, introduit comme projet de loi d'initiative parlementaire en février 2004,<sup>9</sup> a franchi l'étape de la troisième lecture le 10 mars 2004.<sup>10</sup> Il

est maintenant en attente de promulgation.

La nouvelle loi a reçu l'appui de services médicaux, policiers et d'incendie à travers la province. « La sécurité et la protection des pompiers et des employés de tous les services d'urgence est primordiale, a déclaré Wayne Morris, commissaire des incendies à Calgary. Dans les diverses situations d'urgence que nous rencontrons, même une formation et un équipement de pointe ne peuvent nous protéger contre les incidents qui sont hors de notre contrôle. Le Projet de loi 204 ouvrira la voie à un parfait bilan de santé pour tous les employés des services d'urgence. »<sup>11</sup>

Des experts du domaine du VIH/sida soulignent toutefois que le test obligatoire « après les faits » ne protège pas les travailleurs contre l'exposition professionnelle, et que d'autres mesures – comme l'éducation, la formation et le counselling – seraient plus efficaces. Ils notent par ailleurs que le test obligatoire viole les droits de l'individu testé.<sup>12</sup>

– Rebecca Scheer

<sup>1</sup> Voir D. Garmaise, « Québec – Torrent de stigmates et de discrimination liés au VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 16-22.

<sup>2</sup> Voir la lettre adressée à M. Pierre Marois, président de la Commission des droits de la personne, 7 juin 2004 ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/lettrepolice\\_020604.pdf](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/lettrepolice_020604.pdf)). Voir aussi « Le Service de police de la Ville de Montréal discrimine les personnes vivant avec le VIH/sida », communiqué de presse, 4 juin 2004 ([www.aidslaw.ca/francais/medias/communiques/f-comm-4juin04.pdf](http://www.aidslaw.ca/francais/medias/communiques/f-comm-4juin04.pdf)).

<sup>3</sup> *Le médecin et les infections transmissibles par le sang – Énoncé de position du Collège des médecins du Québec*, 27 avril 2004 ([www.cmq.org/UploadedFiles/Position\\_infections\\_transmissibles\\_sang.pdf](http://www.cmq.org/UploadedFiles/Position_infections_transmissibles_sang.pdf)).

<sup>4</sup> Voir D. Garmaise, « Québec – Torrent de stigmates et de discrimination liés au VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 16-22.

<sup>5</sup> « Quebec doctors won't be forced to tell patients if they have AIDS », *Presse canadienne*, 27 avril 2004.

<sup>6</sup> « L'AMQ appuie le rapport du Collège des médecins », communiqué de presse, 27 avril 2004 (accessible via [www.amq.ca/fra/action.htm](http://www.amq.ca/fra/action.htm)).

<sup>7</sup> « Statistics Canada planning to collect blood, urine samples from Canadians », Presse canadienne, 28 février 2004.

<sup>8</sup> Voir le site Internet de Statistique Canada à [www.statcan.ca/francais/survey/household/measures/measures\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/survey/household/measures/measures_f.htm).

<sup>9</sup> Voir R. Scheer, « Alberta – Nouveau projet de loi pour

autoriser le test obligatoire du VIH en situation d'urgence », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, avril 2004, 9(1) : 23.

<sup>10</sup> Le texte complet et le statut de la *Blood Samples Act* sont accessibles à [www.assembly.ab.ca/pro/bills/ba-bill.asp?SelectBill=204](http://www.assembly.ab.ca/pro/bills/ba-bill.asp?SelectBill=204).

<sup>11</sup> « Calgary's Emergency Services Applaud Passing of Bill 204 – Blood Samples Act », communiqué de presse de la Ville de Calgary, 12 mai 2004 ([www.gov.calgary.ab.ca/citybeat/public/2004/05/release.20040512\\_080819\\_20947\\_0](http://www.gov.calgary.ab.ca/citybeat/public/2004/05/release.20040512_080819_20947_0)).

<sup>12</sup> Voir T. de Bruyn et R. Elliott, « Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 1; 27-34; voir aussi T. de Bruyn, *L'exposition professionnelle au VIH et l'administration forcée de tests du VIH – questions et réponses*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/testing-q&aFpdf](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/testing-q&aFpdf)).

# NOUVELLES INTERNATIONALES

Cette rubrique contient des dépêches sur des développements du droit et des politiques touchant le VIH/sida à l'extérieur du Canada. Les contributeurs aux Nouvelles internationales pour ce numéro sont Esther Amoako, Sam Avrett, Edgar Carrasco, Michaela Clayton, Jonathan Cohen, Victor Croquer, Esther Csernus, Joanne Csete et Shaun Mellors. Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la Revue. Adressez vos correspondances à David Garmaise, rédacteur en chef de la Revue (dgarmaise@rogers.com).

## Dix ans de Nouvelles internationales

En 1994, dans le premier numéro de la *Revue canadienne VIH/sida et droit* (anciennement le *Bulletin*), David Patterson signalait l'intérêt émergent des Nations Unies pour le droit et l'éthique dans le contexte du VIH/sida. Dans le présent article, il examine comment la Revue a contribué à faire connaître, au cours des dix dernières années, les réactions juridiques et de politiques liées au VIH/sida, aux paliers national et international, et il souligne la nécessité d'une attention rehaussée à la documentation et à la promotion des approches fondées sur les droits, pour la réforme du droit et des politiques.

En 1993, aux Philippines, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) organisait une consultation régionale pour stimuler le développement de réseaux nationaux d'avocats, de personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres individus œuvrant à la réforme du droit; pour lutter contre la discrimination; et pour créer un environnement juridique et social habilitant, pour la réaction à l'épidémie. Une consultation semblable, tenue au Sénégal en 1994, était consacrée aux pays de

l'Afrique subsaharienne. En 1991, Julie Hamblin, « architecte juridique » de l'approche du PNUD, a noté que :

Au cours des années 90, les politiques en matière de VIH et de sida auront à surmonter la tâche redoutable de prendre en compte la nécessité de s'attacher non seulement à ce qu'on pourrait appeler les problèmes spécifiques de VIH et de sida, tels que les programmes d'éducation en la matière et la recherche de nouvelles méthodes de protection contre la transmission du VIH, mais aussi les facteurs sociaux et

économiques sous-jacents qui mettent les individus dans l'impossibilité de se protéger contre l'infection par le VIH.<sup>1</sup>

Et bien que ces « facteurs sociaux et économiques sous-jacents » varient selon les pays et les cultures, Jonathan Mann et d'autres ont souligné, à la fin des années 90, que le droit international des droits de la personne renferme des normes universelles qui conviennent à toutes les réformes nationales de lois et politiques.<sup>2</sup>

Depuis dix ans, la *Revue* documente et fait connaître des initiatives

nationales, régionales et internationales qui favorisent de telles approches au VIH/sida « fondées sur les droits », en publiant des articles de fond et en encourageant même les contributions de projets plus modestes, avec un accent particulier sur les pays et régions les plus affectés par l'épidémie. En 1995, la *Revue* faisait état de réformes du droit en Chine et au Royaume-Uni; puis en 1996, elle offrait un premier compte-rendu des exposés sur des questions juridiques et éthiques présentés lors d'une Conférence internationale sur le sida. Depuis 1998, grâce au soutien de l'ONUSIDA, la *Revue* consacre une section spéciale aux enjeux juridiques, éthiques et de droits de la personne abordés à la Conférence (tous les deux ans).

En 1999, le Réseau juridique a conclu une entente formelle de partenariat avec l'AIDS Law Project de l'Afrique du Sud; à partir de 2000, la *Revue* a élargi sa couverture du droit international lié au VIH/sida, en publiant une section spéciale sur le VIH/sida et le droit dans divers pays, ainsi que des articles sur des décisions de tribunaux relatives à des cas de discrimination dans une compagnie aérienne (Afrique du Sud) et dans l'armée (Namibie). En 2001, la *Revue* a rendu compte de la décision de 39 compagnies pharmaceutiques d'abandonner leur poursuite judiciaire contre le gouvernement de l'Afrique du Sud – une affaire qui a démontré l'importance de combiner l'action juridique et l'activisme communautaire, et la pertinence (si d'autres preuves en étaient requises) des précédents juridiques et de politiques dans les pays en développement, pour la réaction mondiale au VIH/sida. Or, tout en célébrant cette victoire en Afrique du Sud, on examinait dans le même numéro de la *Revue* des lois imposant le test obligatoire du VIH aux tra-

vailleurs sexuels, aux utilisateurs de drogue et à d'autres individus appartenant à des groupes dits « à risque élevé », en Chine.

En 2002, la couverture des thèmes internationaux s'est encore élargie dans la *Revue*, après que le Réseau juridique se soit doté d'un programme international et qu'il ait nommé son premier directeur, en juin 2001. À partir de mars 2002, la *Revue* fut enrichie d'une rubrique distincte sur « Le VIH/sida devant les tribunaux – International », tandis que les « Nouvelles internationales » ont continué de documenter des développements internationaux comme la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida et des initiatives nationales portant notamment sur la formation judiciaire, l'éducation juridique et la réforme du droit.

### **Initiatives nationales promouvant une réforme « fondée sur les droits »**

Les initiatives nationales sont généralement peu documentées et abordées, mais elles sont une référence précieuse, voire une source d'inspiration, pour les activistes d'autres pays et régions. Dans plusieurs cas, ces activités sont soutenues par un vaste éventail de donateurs et organismes internationaux comme la Banque mondiale, le PNUD, l'ONUSIDA, la United States Agency for International Development, l'Agence canadienne de développement international et, plus récemment, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. À mesure que sont appliquées des approches de droits humains liées au développement en général, et au VIH/sida en particulier, il devient nécessaire de mieux les documenter et de les faire connaître,

afin de favoriser l'harmonisation des approches fondées sur le droit international, les orientations d'experts et les pratiques exemplaires.

Dans ce numéro de la *Revue*, nous signalons des développements dans les Andes et la Caraïbe, au Ghana, en Namibie, en Hongrie, aux Philippines, en Amérique latine, en Afrique du Sud, dans la Fédération de Russie et aux États-Unis. Comme toujours, on y retrouve le thème commun des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et de celles qui y sont les plus vulnérables; et des exemples d'initiatives nationales, régionales et internationales qui favorisent le respect, la protection et la réalisation de ces droits.

Dix ans après la parution, dans ce périodique, d'un premier article sur le rôle émergent du droit dans la réponse à l'épidémie mondiale du VIH/sida, les approches fondées sur les droits sont beaucoup mieux comprises et articulées.<sup>3</sup> Notre prochain défi sera de consolider les liens entre les lois, politiques et programmes nationaux sur le VIH/sida et le droit international relatif aux droits de la personne; et de mieux documenter, faire connaître et harmoniser ces efforts.

David Patterson est consultant en matière de VIH/sida, de droit et des droits de la personne, à Montréal. On peut le joindre à david.patterson@videotron.ca.

<sup>1</sup> J. Hamblin, « Rôle de la loi dans les politiques en matière de VIH et de sida », *AIDS*, supplément, 1991 (réf.); éclairage n° 11, PNUD, accessible à [www.undp.org/hiv/publications/issues/french/issue11f.htm](http://www.undp.org/hiv/publications/issues/french/issue11f.htm).

<sup>2</sup> Voir par exemple J. Mann, « Human rights and AIDS: the future of the pandemic », *Health and Human Rights: A Reader*, New York, Routledge, 1999, 3(1) : 216-226.

<sup>3</sup> En 2002-2003, l'Agence canadienne de développement international a octroyé des fonds au Réseau juridique canadien VIH/sida pour le développement d'un outil d'élaboration de programme fondé sur les droits, à l'intention des directeurs du développement. Voir Patterson D., *Programming HIV/AIDS: a human rights approach*, accessible à [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/discrimination/rights\\_approach.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/discrimination/rights_approach.htm).

# Ghana – Ateliers d'accroissement de la capacité des avocats et juges

**En 2004, AIDS Alert Ghana (un ONG établi à Accra) a amorcé une série d'ateliers de deux jours pour accroître la capacité des avocats et des juges de réagir au VIH/sida. Les ateliers sont organisés par l'AIDS Alert Law Project (AALP).**

Au Ghana, il n'existe pas de lois spécifiques au VIH/sida; certains soutiennent qu'elles ne sont pas nécessaires puisque les lois existantes peuvent répondre efficacement aux enjeux soulevés par le VIH/sida. Mais quelles sont les lois existantes? Abordent-elles adéquatement les enjeux? Une réforme du droit est-elle nécessaire? Les ateliers portent notamment sur la réforme du droit, les droits génésiques, les rapports entre les sexes et la violence sexospécifique, les pratiques traditionnelles et coutumières néfastes, les droits et obligations des patients et des médecins, la confidentialité et la divulgation, et le stigmatisation et la discrimination. On examine aussi le rôle des hommes en tant que partenaires et les implications de leur comportement pour les femmes, les familles et les communautés.

En juin 2004, des juges et avocats des institutions suivantes avaient déjà participé aux ateliers :

- Ministère de la Justice, en particulier des avocats des départements des poursuites et du droit civil du ministère du Procureur général
- Ghana Legal Aid Board
- Ghana Legal Literacy Resource Foundation
- Départements juridiques du service de police du Ghana
- Département juridique des forces armées du Ghana
- Département juridique du service d'immigration du Ghana
- Département juridique des douanes, accises et services préventifs
- Ghana Law Reform Commission

- Commission on Human Rights and Administrative Justice
- Services judiciaires
- Association du Barreau du Ghana
- Bureau de la publicité des droits
- Ministère du Registraire général
- Étudiants de deuxième cycle de la Faculté de droit de l'Université du Ghana
- Council for Law Reporting
- African Women Lawyers Association
- Federation of Women Lawyers (FIDA) Ghana

On prévoit aussi la création d'un Réseau d'avocats contre le VIH/sida, pour mettre à profit les connaissances partagées lors des ateliers.

## L'AIDS Alert Law Project

L'AALP a été lancé en 2002 par Gloria Akuffo, sous-ministre de la Justice.<sup>1</sup> Le projet est dirigé par un conseil d'administration, un directeur général à temps plein, des employés et des bénévoles. Il a pour objectifs de :

- fournir des conseils juridiques aux personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida);
- promouvoir le plaidoyer pour les besoins et les droits des PVVIH/sida;
- surveiller les développements juridiques dans le domaine du VIH/sida;
- mener des recherches communautaires sur le VIH/sida;
- mener des activités pour promouvoir la sensibilisation et la compréhension des enjeux juridiques et éthiques soulevés par le

VIH/sida; et

- examiner la jurisprudence de 1985 à aujourd'hui, ainsi que son impact sur la réduction des taux de VIH au Ghana.

La politique ghanéenne sur le VIH/sida se fonde sur la Constitution de 1992 et sur les principes de la justice sociale et de l'équité. Elle aborde principalement la stigmatisation et la discrimination, la décentralisation des efforts préventifs, l'examen des lois et la mise en œuvre de lignes directrices et de politiques connexes.

L'un de ses aspects clés est l'introduction de politiques qui respectent et favorisent les droits humains fondamentaux. Les enjeux de droit et de réglementation ciblés par la politique incluent la réduction de la vulnérabilité au VIH, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, une attention adéquate aux femmes et aux enfants, et le maintien de l'accès à des opportunités sociales et économiques pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

En 2002, la Ghana AIDS Commission a signalé que les efforts pour créer un environnement juridique, éthique et de politiques habilitant n'étaient pas suffisants;<sup>2</sup> les ateliers de formation de l'AALP ont été conçus en réponse à ce besoin.

Pour plus d'information, communiquez avec Esther Baah Amoako (ebamoako@hotmail.com), de l'AALP.

<sup>1</sup> Commissaire par intérim de la Human Rights and Administrative Justice, vice-présidente nationale de l'Association du Barreau du Ghana et directrice générale de la Ghana AIDS Commission.

<sup>2</sup> A situational appraisal of HIV/AIDS activities in Ghana, Accra, Ghana AIDS Commission, 2002.

# Étude comparative sur le VIH/sida et les droits humains dans la région des Andes

**Une étude comparative, dans cinq pays de la communauté des Andes, a révélé de graves lacunes dans le respect des engagements internationaux relatifs aux droits humains et au VIH/sida.<sup>1</sup>**

Publiée initialement en espagnol par le Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LAC-CASO) en 2003, l'étude a été réalisée par des organismes non gouvernementaux (ONG) œuvrant dans le domaine du VIH/sida et/ou des droits humains en Bolivie, en Colombie, en Équateur, au Pérou et au Venezuela. Elle décrit le contexte épidémiologique, constitutionnel et de droits humains de chaque pays, puis évalue la conformité de chacun aux douze principes énoncés dans les *Directives internationales* des Nations Unies sur le VIH/sida et les droits de la personne.<sup>2</sup>

Il s'agit probablement de la première fois qu'une approche comparative régionale est utilisée pour évaluer la conformité à des obligations juridiques internationales en matière de VIH/sida.<sup>3</sup> L'étude fait des références utiles à des traités sous-régionaux comme l'Andean Letter for Human Rights Promotion and Protection, signée par les cinq prési-

dents de la communauté en juillet 2002, ainsi qu'à des accords régionaux et internationaux qui protègent les droits humains. Elle révèle une grande variabilité entre les cinq pays, sur les plans de la protection formelle procurée par la loi et de sa mise en œuvre. Elle examine aussi les cadres institutionnels établis pour réagir au VIH/sida, de même que les relations entre gouvernements et ONG et la situation des populations les plus vulnérables au VIH/sida dans chaque pays. Elle propose des recommandations et une bibliographie détaillée pour chaque pays examiné.

Jusqu'ici, le suivi de l'étude a donné lieu à trois consultations nationales (à Quito, Caracas et Lima) auprès de représentants gouvernementaux, d'ONG et de médias. De plus, le rapport de l'étude a été disséminé à des ONG nationales de défense des droits humains, pour leurs comptes-rendus et leurs efforts de plaidoyer en matière de VIH/sida.

Une telle étude comparative sous-régionale, réalisée par des ONG, comporte de nombreux avantages par rapport aux études nationales distinctes – notamment des liens renforcés entre les organismes, et une capacité accrue de s'impliquer auprès des gouvernements nationaux pour la réforme des lois et politiques dans d'autres pays de la région.

Pour plus d'information, communiquez avec Victor Croquer (vcroquer@accsi.org.ve), du LACCASO.

<sup>1</sup> *Comparative Report on HIV/AIDS and Human Rights Situation in the Andean Community*, 2003. Le rapport d'étude en espagnol (et sa traduction anglaise non officielle) de même que les rapports nationaux des cinq pays sont accessibles sur le site Internet du LACCASO à [www.laccaso.org](http://www.laccaso.org).

<sup>2</sup> *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1998 (révisées en 2002).

<sup>3</sup> Voir aussi H. Watchirs, « Mesurer l'application légale des *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 33-35.

## Thaïlande – Un rapport documente des violations de droits humains chez les utilisateurs de drogue

**En Thaïlande, une féroce « guerre à la drogue » financée par le gouvernement met en péril la longue lutte du pays pour devenir une éminente démocratie de l'Asie du Sud-Est qui respecte les droits, a révélé un rapport publié par Human Rights Watch (HRW) à la veille de la XV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, à Bangkok (Thaïlande) en juillet 2004.<sup>1</sup>**

La Thaïlande est largement reconnue pour son succès dans la lutte contre le VIH/sida, par la promotion de l'usage du condom et par des interventions exemptes de préjugés auprès de travailleurs sexuels et de leurs clients,

pour modifier des comportements de longue date. Cependant, on estime que 30% des nouveaux cas de VIH touchent des utilisateurs de drogue, au pays, mais les autorités thaïlandaises n'ont jamais reconnu la pertinence de travailler avec ces personnes ni de leur offrir des services de prévention du VIH et des soins. Par conséquent, entre 40% et 50% des utilisateurs de drogue thaïlandais sont séropositifs au VIH.

Début 2003, le premier ministre Thaksin Shinawatra a aggravé la situation de cette population déjà marginalisée, en lançant une brutale intervention policière dans le milieu de la drogue, ciblant officiellement les trafiquants. Trois mois après le début de l'intervention, quelque 2 200 présumés contrevenants avaient été tués, puis 500 autres décès ont été recensés dans les semaines suivantes. Il est évi-

dent que ces individus, et les milliers d'autres arrêtés sans égard aux procédures établies, n'étaient pas tous des trafiquants; plusieurs étaient des utilisateurs de petites quantités de drogue, qui ont été appréhendés plus facilement par la police. Le gouvernement a attribué la plupart des décès à des conflits entre les gangs de la drogue, ne signalant que quelques cas d'« autodéfense » policière.

Le rapport de HRW décrit d'impitoyables tactiques du gouvernement qui a donné aux dirigeants locaux le pouvoir d'établir des listes noires et de cibler un vaste éventail d'« ennemis »; par ailleurs, il montre que le gouvernement semblait capable de contrôler le bilan des décès tout en niant sa responsabilité. Plusieurs observateurs réclament une enquête indépendante sur ces décès.

Quelles que soient les circonstances de ces décès, une conséquence de l'intervention policière est claire : les utilisateurs de drogue ont été terrorisés, poussés vers la clandestinité et éloignés encore plus des services de prévention du VIH et d'autres ressources. Des fournisseurs de services de longue date, en Thaïlande, ont signalé à HRW que plusieurs utilisateurs de drogue sont disparus pendant l'intervention et ne sont jamais revenus. On rapporte aussi que des milliers d'utilisateurs de drogue, et même des individus n'ayant aucun lien avec le milieu de la drogue, se sont rendus à des camps de « traitement » de type militaire, par peur d'être arrêtés ou tués.

<sup>1</sup> *Not enough graves: The war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights*, Human Rights Watch, juin 2004 ([www.hrw.org/campaigns/aids/2004/thai.htm](http://www.hrw.org/campaigns/aids/2004/thai.htm)).

## Philippines – VIH/sida, condoms et droits humains

**Des leaders influents s'attaquent de plus en plus au condom en lançant des programmes de prévention du VIH axés sur l'abstinence sexuelle et la fidélité conjugale.<sup>1</sup> En mai 2004, Human Rights Watch (HRW) a publié un rapport qui examine l'impact de ces politiques aux Philippines, le plus grand pays de religion catholique romaine en Asie et un important récipiendaire de subventions états-uniennes en matière de VIH/sida.<sup>2</sup>**

Le droit à la santé est enchâssé dans des instruments internationaux de droits humains comme le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et la Convention relative aux droits de l'enfant. Des instances de surveillance des traités ont inter-

prété le droit à la santé comme une interdiction, pour les États, de limiter l'accès aux moyens de contraception et à l'information sur la santé,<sup>3</sup> et « de censurer, de retenir ou de déformer intentionnellement les informations concernant la santé, et notamment l'éducation et l'information en matière sexuelle » à l'intention des enfants et des jeunes.<sup>4</sup>

Même si les Philippines ont ratifié les traités pertinents, HRW signale que le pays viole ses engagements de diverses façons. Le gouvernement refuse de financer l'achat de condoms avec des fonds nationaux, ce qui ne laisse aux gens pauvres aucun moyen efficace pour se protéger contre VIH. Certains gouvernements locaux, notamment celui de Manille, interdi-

sent la distribution de condoms et d'autres moyens contraceptifs dans les établissements publics de santé. La police confisque des condoms aux travailleurs sexuels sur une base routinière et les utilise comme preuves pour les accuser de prostitution.<sup>5</sup>

Les programmes scolaires de prévention du VIH, qui sont souvent la seule source d'information dont disposent les enfants et les jeunes, omettent régulièrement de fournir des renseignements sur les condoms; et la loi leur interdit d'utiliser la prévention du VIH pour promouvoir le contrôle des naissances. L'AIDS Prevention

and Control Act (1998) stipule que l'éducation sur le VIH/sida dans les écoles « ne doit pas servir de prétexte pour promouvoir le contrôle des naissances, ni vendre ou distribuer des moyens contraceptifs » et « ne doit pas utiliser de matériel sexuellement explicite ».[trad.]<sup>6</sup>

Pour plus d'information, communiquez avec Jonathan Cohen (cohenj@hrw.org), de Human Rights Watch.

<sup>1</sup> « États-Unis – L'appui financier à la lutte mondiale contre le sida préconisera un agenda moral », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 32-34.

<sup>2</sup> *Unprotected: Sex, Condoms, and the Human Right to Health*, New York, Human Rights Watch, 2004, accessible à <http://hrw.org/reports/2004/philippines0504>.

<sup>3</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Observation générale n° 14 (22<sup>e</sup> session, 2000), paragraphes 34-35.

<sup>4</sup> Comité des droits de l'enfant, *Le VIH/sida et les droits de l'enfant*, Observation générale n° 3 (32<sup>e</sup> session, 2003), paragraphe 16.

<sup>5</sup> Le fait d'invoquer la possession de condoms pour appuyer des infractions liées à prostitution entrave la prévention du VIH, en plus d'être spécifiquement interdit dans certains pays. Voir le *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 1999, p. 63.

<sup>6</sup> Republic Act 8504, *Philippine AIDS Prevention and Control Act*, 1998, art. 1 (« Education and Information »), règle 2.

## Fédération de Russie – Amendement aux lois sur les drogues : la lutte continue

Tel que rapporté dans le numéro précédent de la *Revue*, le Parlement russe a amendé à la fin de 2003 sa loi nationale sur les drogues de façon à alléger les peines pour possession de petites quantités de drogue.<sup>1</sup> Il a confié la préparation des règlements connexes aux autorités fédérales de contrôle des drogues ainsi qu'au ministère de la Santé, qui devaient recommander des quantités minimales de référence pour les accusations criminelles de possession. En mars 2004, plutôt que de suivre l'esprit de l'amendement du Parlement, les autorités de contrôle des drogues ont proposé des quantités minimales si infimes que pratiquement n'importe quelle infraction de possession se serait soldée par une longue peine d'emprisonnement.

Des organismes non gouvernementaux de lutte contre le VIH/sida et de réduction des méfaits ont protesté contre ce recul, appuyés par Ella Pamfilova, présidente de la Commission des droits de la personne (qui relève du président de la Fédération de Russie). En mai 2004, le gouvernement a annoncé de nouvelles quantités minimales qui restent petites, en vertu des normes internationales, mais qui sont beaucoup plus grandes que celles recommandées par les autorités de contrôle des drogues. Bien qu'il s'agisse d'un important

signe de renoncement aux tendances les plus répressives des lois russes sur la drogue, la lutte est loin d'être terminée. Peu après l'annonce des nouveaux règlements, les autorités de contrôle des drogues et certains alliés parlementaires ont promis de faire pression pour des critères plus sévères.

En avril 2004, Human Rights Watch (HRW) a publié un rapport documentant des cas de violations de droits humains d'utilisateurs de drogue de la Fédération de Russie, dont certains sont directement liés aux

dispositions draconiennes de la loi fédérale sur les drogues.<sup>2</sup> La police russe voit les utilisateurs de drogue comme des cibles faciles pour l'extorsion, l'arrestation et la détention illégales, la coercition dans le but d'obtenir des confessions, et une panoplie d'autres violations des procédures établies.

La démonisation des utilisateurs de drogue est exacerbée par une vaste désinformation sur la transmission du VIH – l'une des conséquences de la négligence des programmes de prévention du VIH par le gouverne-

ment russe. Les utilisateurs de drogue et les personnes vivant avec le VIH/sida sont stigmatisés, en partie parce que de nombreux Russes croient que le VIH se transmet par les contacts banals du quotidien. La Fédération de Russie devra s'ouvrir aux leçons de la lutte mondiale contre

le VIH/sida, au chapitre des politiques sur les drogues et le VIH/sida, si elle souhaite réellement ralentir cette épidémie en plein essor.

Pour plus d'information, communiquez avec Joanne Csete (csetej@hrw.org) de Human Rights Watch.

<sup>1</sup> « Fédération de Russie – Peines réduites pour la possession de drogue illégale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 36. Voir aussi Butler W., *HIV/AIDS and Drug Misuse in Russia: Harm Reduction Programmes and the Russian Legal System*, Londres, International Family Health, 2003.

<sup>2</sup> *Lessons not learned: human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*, New York, Human Rights Watch, 2004, accessible à <http://hrw.org/reports/2004/russia0404>.

## Hongrie – Test volontaire, anonyme et gratuit : une lutte à chaque pas

**Le test volontaire, anonyme et gratuit, pour le VIH, est une composante incontournable de toute politique efficace pour la lutte contre le VIH/sida. Les débats les plus ardues entourent en général les deux premiers critères, et plus spécialement celui de l'anonymat, mais il peut arriver que la gratuité soit en jeu, comme le montre l'anecdote qui suit.**

En Hongrie, la loi sur la santé stipule, depuis janvier 2003, que toute personne qui n'appartient à aucun des groupes susceptibles d'être soumis à un test obligatoire du VIH, mais qui souhaite obtenir un test anonyme, doit pouvoir y avoir accès.

Pour rédiger un article sur les examens, contrôles et dépistages recommandés à la population – contrôle dentaire, mammographie etc. –, une journaliste du plus grand magazine féminin hongrois a eu l'idée de se faire tester pour le VIH.<sup>1</sup> Elle s'est rendue au plus proche établissement sanitaire habilitée à effectuer ce test.

Outre le fait que la conversation [counselling] précédant le test se soit déroulée à portée de voix de toute la salle d'attente (l'infirmière ayant oublié de fermer la porte), la journaliste eut la surprise d'avoir à présenter sa carte de sécurité sociale pour pouvoir se faire tester. Quand elle objecta qu'elle avait demandé un test anonyme, on lui répondit que dans ce

cas, elle aurait à payer 5 000 HUF (le salaire mensuel minimum, en Hongrie, étant de 55 000 HUF). Penaude, elle préféra présenter sa carte et renoncer à son anonymat. Pour connaître ensuite le résultat de son test, elle a dû présenter sa carte d'identité.

Or la peur et la stigmatisation qu'inspire encore le VIH/sida rendent plus important que jamais le droit à l'autonomie informationnelle. L'intérêt du test anonyme, que l'autorité sanitaire hongroise se refuse à comprendre, est justement d'atteindre et de mettre en confiance un plus grand nombre de personnes, dont certaines de celles qui sont les plus vulnérables à l'infection et à la fois les plus démunies. Sans la gratuité du test, la méthode rate son objectif épidémiologique ; il est tout à fait contre-productif – et illégal – d'avoir à acheter son anonymat.

Le budget dédié aux tests anonymes du VIH a été intégré au budget de l'autorité sanitaire, il y a

quelques années, lors de la suppression du Conseil national du sida; le fait de posséder ou non une carte de sécurité sociale ne devrait donc aucunement influencer sur la gratuité de l'examen. La protection de la santé publique et le respect des droits humains pointent dans la même direction – et la violation de ces droits nuit grandement à l'objectif poursuivi.

Suite à l'article de cette journaliste, l'ombudsman chargé de la protection des données personnelles a entamé un examen, toujours en cours à l'heure de la rédaction de cet article. L'association Hungarian Civil Liberties Union a rapporté à l'ombudsman les abus dont elle avait eu connaissance et elle collabore à l'enquête.

Pour plus d'information : Eszter Csernus (csernuse@tasz.hu) à la Hungarian Civil Liberties Union.

<sup>1</sup> S. Dobray, É. Fejos, Cs. Miholics, B. R. Kövér and H. Szigeti: „Surovizsgálatok Kálváriaja – Anonim AIDS szűrés csak személyi igazolvánnyal!” – in: *Nok Lapja*, 03.03.2004. (« Calvaire des contrôles médicaux – Test VIH anonyme uniquement sur carte d'identité » [trad.] )

## É.-U. – Le Cirque du Soleil verse 600 000\$ US dans le règlement d'une plainte pour discrimination fondée sur la séropositivité

En avril 2004, Lambda Legal, un organisme états-unien de défense des droits civils, a annoncé que le Cirque du Soleil allait verser une somme sans précédent de 600 000\$ US pour régler une plainte de discrimination déposée par l'un de ses anciens employés, congédié en raison de sa séropositivité.<sup>1</sup>

Cette entente met un terme à une campagne nationale ainsi qu'à une plainte fédérale pour discrimination sur la base d'un handicap, déposée par Lambda Legal au nom de son client, Matthew Cusick. Une partie du montant servira de revenu futur au demandeur qui, vu l'hostilité publique du Cirque du Soleil à son égard pendant la négociation de l'entente, a décidé ne pas retourner travailler pour cet employeur.

En 2003, Lambda Legal et des leaders communautaires ont lancé une campagne nationale contre le Cirque

du Soleil, qui a pris de l'ampleur au fil des mois, donnant lieu à des manifestations devant les lieux de spectacle du cirque à San Francisco, Los Angeles et Orange County, en Californie. Des milliers de personnes ont signé des pétitions et écrit au Cirque du Soleil pour protester contre le licenciement de M. Cusick; et des acteurs, artistes et célébrités parmi les plus accomplis des États-Unis se sont joints à la campagne.

En vertu du contrat de règlement, le Cirque du Soleil devra fournir à ses employés de partout au monde une

formation sur la discrimination, à chaque année, en plus d'adopter une politique de tolérance-zéro à l'égard de la discrimination fondée sur la séropositivité ou d'autres handicaps. Pendant deux ans, l'entreprise devra rendre ses dossiers accessibles à la U.S. Equal Employment Opportunity Commission, qui vérifiera que l'entente est respectée.

<sup>1</sup> Le texte complet de l'entente de conciliation est accessible sur le site Internet de Lambda Legal, à [www.lambdalegal.org/cgi-bin/iowa/documents/record?record=1478](http://www.lambdalegal.org/cgi-bin/iowa/documents/record?record=1478).

## Namibie – Adoption d'une politique sur le VIH/sida dans le secteur de l'éducation

La *Namibian National Policy on HIV/AIDS for the Education Sector*, adoptée en 2003, fournit un cadre pour la prévention, les soins et le soutien des étudiants et du personnel du secteur de l'éducation, et pour réduire l'impact du VIH/sida sur ces deux groupes ainsi que dans le secteur de l'éducation en général.

Depuis son adoption, la politique a été disséminée à grande échelle dans les écoles et autres établissements d'éducation en Namibie. Le ministère de l'Éducation élémentaire et celui de l'Éducation supérieure, de la formation et de la création d'emploi ont mis sur pied une unité conjointe de gestion du VIH/sida pour coordonner et

assurer la mise en œuvre générale de la politique dans les écoles primaires et secondaires.

Cela témoigne de l'engagement à appliquer la politique et à réagir à la pandémie du VIH/sida par la recherche, le développement de programmes scolaires, les activités parascolaires, le counselling scolaire, la

formation des étudiants et du personnel, le soutien en milieu de travail et la provision d'information, d'éducation et de matériel de communication.

La politique aborde les facteurs particuliers qui accroissent la vulnérabilité des étudiants et du personnel devant l'infection à VIH, et vise à assurer qu'aucun individu ne fasse

l'objet de discrimination fondée sur sa séropositivité. Elle interdit le test du VIH pour l'embauche, l'enrôlement ou l'inscription permanente. Elle prescrit le respect de la confidentialité des renseignements sur l'état sérologique divulgués volontairement par un employé ou un étudiant. Elle exige que soient abordés les besoins particuliers d'éducation des orphelins et des enfants vulnérables. Enfin, elle identifie l'éducation sur le VIH/sida et la sexualité comme une partie intégrante du programme scolaire.

L'élaboration de la politique a été supervisée par un groupe de travail conjoint, composé de représentants

des ministères de l'Éducation élémentaire et de l'Éducation supérieure, de la National Association of Namibian Students (NANSO), de l'Université de la Namibie, de la Polytechnic of Namibia et de syndicats des enseignants.

Le processus de la consultation a été dirigé par l'AIDS Law Unit du Legal Assistance Centre. Une rencontre initiale a eu lieu avec des représentants gouvernementaux et des organismes non gouvernementaux du secteur de l'éducation, pour leur expliquer la démarche d'élaboration de la politique et pour recueillir leurs commentaires sur les enjeux à abor-

der. Un questionnaire a ensuite été préparé à l'intention des directeurs d'écoles, pour des groupes de discussion avec les enseignants, les étudiants ainsi que leurs parents.

Une ébauche de politique a été rédigée et disséminée à grande échelle. À l'issue d'une consultation tenue dans le cadre d'une conférence nationale, en juin 2002, la politique a été adoptée par le Cabinet et lancée officiellement par le ministère de l'Éducation élémentaire en avril 2003.

Pour plus d'information, communiquez avec Michaela Clayton (mclayton@lac.org.na), de l'AIDS Law Unit (www.lac.org.na).

## Restrictions au voyage liées au VIH/sida : énoncé ONUSIDA/OIM et révision du Règlement sanitaire international

**En juin 2004, l'ONUSIDA et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) ont publié un énoncé conjoint relativement aux restrictions imposées aux voyageurs en lien avec le VIH/sida. Tout en admettant que la réglementation des questions d'immigration est largement reconnue comme un domaine qui relève du pouvoir souverain de chaque État, l'énoncé établit une distinction entre les séjours de longue durée et de courte durée (d'un mois ou moins).**

Il est signalé dans l'énoncé que, dans les deux cas, ces restrictions ne peuvent pas être justifiées par des motifs de santé publique; et que, relativement aux séjours de longue durée ou à l'immigration, si les restrictions d'entrée ou de séjour sont fondées sur des motifs économiques (p. ex. coût des services sociaux et de santé) elles « devraient être mises en œuvre dans le respect des obligations en matière de droits de la personne, y compris le

principe de la non discrimination, le non-refoulement des réfugiés, le droit à la vie privée, la protection de la famille, la protection des droits des migrants et la protection des meilleurs intérêts de l'enfant. On devrait, de plus, accorder aux intérêts humanitaires l'importance qui leur est due. » [trad.]<sup>1</sup>

Reconnaissant l'importance du leadership dans ce dossier, le système de l'ONU a interdit dès 1993 que les

Nations Unies parrainent des conférences ou des rencontres sur le thème du VIH/sida dans des pays où des restrictions aux séjours de courte durée sont imposées aux personnes vivant avec le VIH/sida. Par exemple, puisque les États-Unis interdisent généralement l'entrée aux « étrangers » [i.e. visiteurs] qui ont l'infection à VIH, les conférences et rencontres internationales sur le sida parrainées par l'ONU n'ont jamais

lieu dans ce pays. Pendant la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, tenue à New York en 2001, les États-Unis ont mis en place un système de dispense temporaire de leur refus d'entrée, afin de permettre à des délégués séropositifs au VIH de se rendre au quartier général de l'ONU.<sup>2</sup>

Le Règlement sanitaire international a pour but d'harmoniser la protection de la santé publique et la nécessité d'éviter des obstacles injustifiés au commerce et aux voyages; ce règlement a force d'application légale pour les États membres de l'OMS.<sup>3</sup> En vertu du Règlement (qui est

actuellement en révision), les États ne peuvent refuser l'entrée à une personne pour le motif qu'elle n'a pas présenté un certificat affirmant qu'elle n'est pas « porteuse du virus du sida » [trad.].<sup>4</sup> Le Règlement révisé est supposé être déposé pour examen à la 58<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé en 2005.

<sup>1</sup> UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-Related Travel Restrictions, (2004). Accessible via [www.unaids.org](http://www.unaids.org) ou [www.iom.int](http://www.iom.int). Pour une liste des pays qui ont des exigences liées au VIH, pour les voyageurs ou migrants, voir le site Internet du US State Department <http://travel.state.gov/HIV/testingreqs.html>. Voir aussi *VIH/sida et immigration : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001; et *Questions et*

*réponses : Les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2003 (ces deux derniers sont accessibles via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationF.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationF.htm)).

<sup>2</sup> Pour plus d'information sur la politique onusienne en la matière et sur le système états-unien de 2001, voir Réseau juridique canadien VIH/sida – UNGASS, *accréditation*, via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/evenements/f-UNGASS.htm#ac](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/evenements/f-UNGASS.htm#ac).

<sup>3</sup> Version anglaise à [www.who.int/csr/ihf/en/](http://www.who.int/csr/ihf/en/); version française sur le site Internet du gouvernement de la Suisse, à [www.admin.ch/ch/fr/rs/0\\_818\\_101/](http://www.admin.ch/ch/fr/rs/0_818_101/). Voir aussi *À crises mondiales, solutions mondiales – Gérer les urgences sanitaires de portée internationale au moyen de la version révisée du Règlement sanitaire international*, Genève, OMS, 2002 (WHO/CDS/GAR/2002.4). Accessible via [www.who.int/csr/resources/publications/ihf/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/ihf/en/).

<sup>4</sup> *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 1985, 60 : 311. Entretien personnel avec le Dr David Lehman, OMS (29 mai 2002); *Règlement sanitaire international* (1969), article 81 et Annexe 2.

## En bref

**Décembre 2003** : L'Organisation mondiale de la santé publie une bande dessinée pour les jeunes, intitulée *HIV/AIDS Stand up for Human Rights*,<sup>1</sup> qui s'inscrit dans le cadre d'une campagne mondiale de lutte contre le stigmatisme, la discrimination et d'autres violations de droits humains liés au VIH/sida.

**Janvier 2004** : L'Organisation internationale du travail publie *Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law*,<sup>2</sup> une excellente référence pour élaborer ou évaluer des politiques liées au VIH/sida en milieu de travail, et qui aborde les définitions, la non-discrimination, les motifs interdits de discrimination, les termes et conditions d'embauche, la formation et l'orientation professionnelle, les soins et le soutien, et l'application.

**Février 2004** : La 8<sup>th</sup> Annual Convention of Indian Network of NGOs Working on HIV/AIDS réunit plus de 300 participants à Lucknow, en Inde, pour trois jours de discussion sur des thèmes liés au VIH/sida et à la vulnérabilité, au stigmatisme et à la discrimination. La 9<sup>e</sup> convention sera parrainée par une coalition d'organismes indiens de défense des droits humains, au début de 2005. Pour plus d'information, communiquez avec Sushil Huidrom ([sushilhuidrom@Rediffmail.com](mailto:sushilhuidrom@Rediffmail.com)).

**Mars 2004** : Le Mouvement panafricain pour l'accès aux traitements se réunit à Harare, Zimbabwe, du 3 au 5 mars; six groupes de travail sont créés, dont un sur la gouvernance, la santé et les droits humains. Pour plus d'information, communiquez avec Tapiwanashe Kujinga,

coordonnateur intérimaire ([tapiwa68@hotmail.com](mailto:tapiwa68@hotmail.com)).

**Mars 2004** : Le Center on AIDS & Community Health de l'Academy for Educational Development, aux États-Unis, lance un site Internet sur le stigmatisme et la discrimination liés au VIH/sida ([www.hivaidsstigma.org](http://www.hivaidsstigma.org)), qui offre une définition de ces deux phénomènes, une enquête bibliographique ainsi qu'une trousse d'outils pour les organismes non gouvernementaux (ONG), organismes communautaires et éducateurs.

**Avril 2004** : Le Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO) et l'Inter American Regional Workers Organization, avec le soutien de l'Organisation internationale du travail, organisent une consultation

régionale pour discuter des études nationales sur la discrimination et l'exclusion liées au VIH/sida en milieu de travail, menées au Costa Rica, en El Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Panama, en République dominicaine et à Haïti (San Jose, Costa Rica, 26-29 avril 2004). Les participants à la consultation étaient des représentants de syndicats, d'agences de travailleurs et d'ONG. Il en a notamment résulté un énoncé affirmant la centralité des droits humains et un engagement à collaborer sur les enjeux identifiés. Les études nationales et le rapport complet de la consultation sont accessibles en espagnol sur le site Internet du LACCASO, à [www.laccaso.org](http://www.laccaso.org). Pour plus d'information, communiquez avec Victor Croquer ([vcroquer@accsi.org.ve](mailto:vcroquer@accsi.org.ve)) du LACCASO.

**Juin 2004 :** L'Agence canadienne de développement international prolonge jusqu'en mars 2005 le financement octroyé au Réseau juridique canadien VIH/sida, pour le soutien technique qu'il fournit à des organismes

juridiques du domaine du VIH/sida, au Kenya et en Zambie. Des membres du Réseau juridique continueront de fournir une formation et des conseils *pro bono* au Kenya Ethical and Legal Issues Network (KELIN) et au Zambia AIDS Law Research and Advocacy Network (ZARAN).<sup>3</sup> Pour plus d'information, communiquez avec David Patterson ([david.patterson@videotron.ca](mailto:david.patterson@videotron.ca)).

**Juin 2004 :** Comme suite à la consultation internationale d'experts sur les microbicides, les traitements et les vaccins anti-VIH tenue à Montréal en novembre 2003,<sup>4</sup> une consultation communautaire trilatérale impliquant des militants de l'Afrique du Sud, de l'Inde et du Brésil est organisée à Durban, en Afrique du Sud. Pour plus d'information, communiquez avec Shaun Mellors ([s-mellors@mweb.co.za](mailto:s-mellors@mweb.co.za)).

**Juin 2004 :** La Communauté et le marché commun des Caraïbes (CARICOM) et le Pan Caribbean Partnership on HIV/AIDS (PANCAP)

organisent un atelier régional sur le VIH/sida, le droit, l'éthique et les droits humains, à Georgetown, en Guyane;<sup>5</sup> on y discute du stigmatisme et de la discrimination liés au VIH/sida dans la région, de la préparation de lignes directrices régionales, et d'occasions de susciter un engagement politique aux paliers supérieurs. Une assistance technique est fournie par le Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus d'information, communiquez avec Alicia Sands ([asands@caricom.org](mailto:asands@caricom.org)), du PANCAP.

<sup>1</sup> Accessible à [www.who.int/hhr/activities/publications/en/](http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/).

<sup>2</sup> J. Hodges, *Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law*, Genève, Organisation internationale du travail, 2004, accessible à [www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/downloads/papers/hivaids.pdf](http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/downloads/papers/hivaids.pdf).

<sup>3</sup> Pour des renseignements sur le projet et les rapports de 2002-2003, voir « Favoriser une approche au VIH/sida qui soit fondée sur les droits », à [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/discrimination/approche\\_droits.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/discrimination/approche_droits.htm).

<sup>4</sup> Voir J. Godwin, « Microbicides, traitements et vaccins anti-VIH : vers un plaidoyer coordonné », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 1, 7-15.

<sup>5</sup> Pour des renseignements sur des activités connexes, voir « Caraïbe – Soutien régional pour la réforme du droit et des politiques touchant le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 32-34.

# ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS, VACCINS ET MICROBICIDES

Nous élargissons cette rubrique de la *Revue* pour y inclure non seulement les questions touchant l'accès aux traitements, mais aussi celles liées aux vaccins et aux microbicides, dans la foulée de récents efforts pour promouvoir la collaboration entre ces trois secteurs dans une perspective de droits humains. Nous y présentons un document de la Société canadienne du sida sur les questions juridiques et éthiques liées à la recherche et au développement de microbicides au Canada. Nous abordons l'appel lancé par certains groupes de consommateurs en faveur de l'interdiction des pharmacies Internet. Enfin, nous mentionnons l'annonce d'un premier essai de vaccin thérapeutique anti-VIH au Canada. Cette rubrique est dirigée par Richard Elliott, directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida, que l'on peut joindre à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca).

## Questions juridiques et éthiques dans la recherche et le développement de microbicides au Canada

La Société canadienne du sida (SCS) a récemment complété un rapport intitulé *Le développement et la distribution de microbicides au Canada : questions juridiques, éthiques et de droits de la personne*. Le rapport, qui mise sur l'expérience canadienne et internationale, a été préparé en consultation avec des experts de la communauté canadienne et internationale. Il est accessible sur le site Internet de la SCS ([www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)) et auprès du Centre canadien d'information sur le VIH/sida ([www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)) à compter de septembre 2004. Dans le présent article, l'auteure du rapport, Anna Alexandrova, affirme que le Canada devrait se doter d'une stratégie pour le développement et l'éventuelle fourniture de microbicides; elle décrit des rôles possibles d'une participation significative de la communauté; et elle signale des orientations souhaitables au chapitre du financement, de la promotion, de l'homologation et de la distribution.

### Introduction

Au Canada, la prévalence du VIH au Canada est relativement faible en comparaison avec la pandémie mondi-

ale. Or, en dépit de données d'après lesquelles les Canadien-nes ont généralement une bonne compréhension des modes de transmission du

VIH ainsi que des facteurs de risque et des moyens de prévention, la transmission du VIH se poursuit. Cela indique que, pour plusieurs personnes,

les options actuelles de prévention sont insuffisantes.

Cela est particulièrement vrai dans le cas des femmes, qui représentent une part croissante des nouveaux cas de VIH diagnostiqués au Canada.<sup>1</sup>

Plusieurs stratégies de prévention du VIH misent sur la modification du comportement individuel et négligent des facteurs plus larges qui les influencent, chez l'individu et dans la communauté. Or plusieurs femmes n'ont qu'un contrôle limité, voire nul, sur la décision de leurs partenaires d'utiliser un condom; et pas de contrôle sur des facteurs plus généraux qui influencent leur risque d'infection par le VIH. De récentes recherches, au Canada, ont conclu que des facteurs socioéconomiques et sexospécifiques, des valeurs culturelles et religieuses ainsi que diverses croyances et pratiques revêtent une importance considérable pour la capacité des femmes de se protéger contre l'infection par le VIH.<sup>2</sup> De plus, la stigmatisation du VIH et diverses formes de discrimination aggravent la difficulté des femmes de se protéger.

Par conséquent, il faut offrir aux femmes des options efficaces de prévention du VIH dont le contrôle relèverait d'elles. Les éventuels microbicides, qui sont un exemple de tel moyen, constituent une option importante pour les femmes marginalisées, au Canada. Ils pourraient aussi constituer un outil de prévention important pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui sont vulnérables à contracter le VIH par la pénétration anale sans condom.

### Qu'est-ce qu'un microbicide?

On nomme « microbicide » toute substance capable de réduire de façon

significative la transmission d'infections transmissibles sexuellement (ITS), y compris le VIH, lorsque appliquée dans le vagin ou le rectum. Des microbicides pourraient prendre la forme d'une gelée, d'une crème, d'un suppositoire, d'une pellicule, ou encore d'une éponge ou d'un anneau vaginal. De nombreux scientifiques et praticiens s'entendent à dire que les microbicides pourraient être l'un de moyens préventifs les plus prometteurs, car de tels produits pourraient être sûrs et efficaces, peu chers, faciles d'accès et largement acceptables.<sup>3</sup> Des modèles mathématiques comparant comment le risque individuel de VIH et d'ITS est affecté par diverses combinaisons de l'usage de condom et d'éventuels microbicides portent à croire que l'utilisation de microbicides n'entraînerait pas un risque accru de VIH si des personnes délaissaient le condom en faveur d'un microbicide.<sup>4</sup>

Plusieurs femmes n'ont qu'un contrôle limité, voire nul, sur la décision de leurs partenaires de porter un condom.

D'ailleurs, en juin 2001, lors de l'adoption unanime de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* par les États membres des Nations Unies, réunis en session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, les États se sont engagés notamment, au constat des possibilités d'avantages susmentionnés, à « encourager une augmentation des investissements dans la recherche con-

cernant le VIH/sida aux niveaux national, régional et international, en vue notamment de mettre au point des technologies de prévention durables et d'un coût abordable, comme les vaccins et les bactéricides (sic) »<sup>5</sup>

### Les droits humains comme base de l'approche au développement et à la fourniture de microbicides

Une approche fondée sur les droits, en matière de développement et de la fourniture de microbicides, utiliserait les droits de la personne comme point de référence pour élaborer des politiques visant l'évaluation et la réaction adéquate aux implications de toute loi ou politique. De plus, une telle approche considère les droits humains comme une partie intégrante de la conception, de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation du développement et de la distribution de microbicides.<sup>6</sup>

La perspective mondiale et les instruments internationaux des droits de la personne ont joué un rôle important dans l'élaboration de la réponse canadienne au VIH/sida. Le Canada est signataire de nombreux instruments des droits de la personne qui reconnaissent et définissent le droit à la santé. En vertu de ces traités et conventions, toute personne a le droit de bénéficier des conditions qui lui permettraient d'exercer dans toute la mesure possible, son droit à la santé; et les gouvernements ont l'obligation de veiller à mettre en place un système de protection de la santé qui offre des opportunités égales de jouir de la plus haute norme de santé atteignable, incluant l'accès à l'information ainsi que la prévention, le traitement et le contrôle des épidémies. Le développement et la fourniture de microbicides favoriseraient la santé de plusieurs Canadien-

nes en leur permettant de se protéger contre la transmission du VIH.

### Un rôle pour les organismes communautaires canadiens

Le Canada reconnaît l'importance de favoriser une plus grande implication des personnes « infectées ou affectées » par le VIH (le principe GIPA) dans toutes les réactions domestiques et mondiales au VIH/sida.<sup>7</sup> Comme les microbicides en font partie, le Canada devrait créer, conformément à cet engagement, les conditions nécessaires à renforcer la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et des organismes communautaires, au développement et à l'éventuelle fourniture de microbicides. Cela implique notamment de verser des fonds à des organismes de lutte contre le sida afin qu'ils fassent connaître le concept de microbicides dans leurs communautés, et/ou de financer des initiatives de recherche communautaire qui examineront l'acceptabilité des microbicides pour diverses communautés du Canada (p. ex., les femmes autochtones, qui sont sur le plan statistique l'un des groupes les plus vulnérables au VIH).

Afin que les communautés participent de manière significative à la conception et à la réalisation d'essais cliniques de microbicides, à la dissémination de leurs conclusions ainsi qu'à la préparation d'une éventuelle fourniture de produits homologués, il est nécessaire que des représentants communautaires acquièrent et communiquent de l'information sur les questions scientifiques, juridiques et éthiques qui entourent la recherche, le processus d'essais cliniques, le processus d'approbation réglementaire ainsi que la mise en marché et la fourniture de microbicides, au Canada. À cette fin, le gouvernement

devrait encourager des organismes nationaux, régionaux et locaux, qui œuvrent auprès de personnes vivant avec le VIH/sida ou de personnes affectées autrement, à s'informer davantage sur les microbicides, à diffuser ces connaissances et à participer aux prises de décisions.

### Le droit et l'éthique dans les essais cliniques

Un microbicide candidat a été en essai clinique au Canada. Le *condom invisible<sup>MD</sup>* est une combinaison de barrières physiques et chimiques dans un liquide non toxique à base polymérique qui, à la température du corps, devient une gelée semi-solide qui protège contre l'infection par le VIH et d'autres ITS. La Phase I de l'essai clinique s'est déroulée au Canada, où 70 volontaires sains (47 femmes et 23 partenaires masculins) ont été recrutés. Les phases ultérieures d'essais cliniques se dérouleront ailleurs qu'au Canada, dans un pays à forte prévalence du VIH.

Les essais cliniques futurs qui pourraient avoir lieu au Canada devraient se conformer à de solides principes légaux et éthiques. La réglementation fédérale actuelle nécessite que les principes généralement reconnus de « bonnes pratiques cliniques » soient suivis, dans la conception et la réalisation d'essais cliniques.<sup>8</sup> L'expression « bonnes pratiques cliniques » est définie en termes larges et inclut des exigences comme l'approbation préalable d'un comité d'éthique de la recherche avant l'amorce de l'essai, ainsi qu'une gamme d'autres conditions touchant sa réalisation.<sup>9</sup>

Outre l'exigence légale d'obtenir l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche, les essais cliniques devraient être conçus et réalisés de concert avec un comité consultatif

communautaire (CCC). Un CCC inclut des dépositaires d'enjeux et des représentants de la communauté, qui travaillent avec l'équipe de la recherche à identifier et résoudre des problématiques communautaires pertinentes à la recherche. Par exemple, des CCC ont été établis dans chacun des trois sites canadiens (Vancouver, Toronto et Montréal) de l'essai AIDS VAX, premier vaccin candidat pour la prévention du VIH. Ces CCC ont notamment aidé les chercheurs à comprendre les communautés cibles et contribué à recruter et à retenir la participation aux essais; à diffuser de l'information dans la communauté; à élaborer le processus de consentement éclairé; et à entretenir de bonnes relations de travail entre les organisateurs de l'essai, les chercheurs et les services de santé locaux.

### Les microbicides et les lois canadiennes

Les microbicides possèdent des caractéristiques qui présentent des problématiques particulières pour la réglementation et l'autorisation de mise en marché. Au Canada, les fabricants doivent recevoir une autorisation, pour vendre des produits de santé définis comme des « instruments » en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*.<sup>10</sup> Les condoms sont un exemple d'instrument médical. Par ailleurs, toutes les « drogues » [médicaments] sont examinées afin d'en évaluer l'innocuité, l'efficacité et la qualité avant que leur vente ne soit autorisée. Pour s'assurer de la mise en place de protocoles complets et rapides de vérification et d'autorisation pour les microbicides, il est important de déterminer s'ils seront considérés comme des « drogues » ou des « instruments médicaux » aux termes de la *Loi sur les aliments et drogues*.

Cela dépendra des composantes des microbicides. La décision de classer les microbicides comme une drogue ou un instrument déterminera probablement si des produits de première génération seront disponibles sur ordonnance seulement ou accessibles en vente libre. Si un microbicide contient un agent antirétroviral (comme ceux utilisés dans des médicaments pour traiter l'infection à VIH), il est probable qu'on devra le considérer comme un médicament et qu'il ne sera accessible que sur ordonnance.

L'ONUSIDA est d'avis que les microbicides seraient plus efficaces s'ils étaient accessibles sans ordonnance.<sup>11</sup> Idéalement, ils devraient être disponibles à faible coût ou sans frais dans des sites d'échange de seringues et d'aiguilles, des programmes d'entretien la méthadone, des centres de crise pour femmes, des cliniques de santé sexuelle et génésique, des travailleurs des services d'approche, des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et d'autres services auxquels on a habituellement recours, au Canada, pour la prévention du VIH et l'éducation sur le sécurisexe.

### Passer à l'action pour des microbicides

Les organismes canadiens de la société civile ont pris les devants pour faire progresser le dossier des microbicides. Le Réseau des groupes d'action pour les microbicides (MAG-Net) regroupe quelque 30 organismes et chercheurs canadiens qui travaillent à la lutte contre le sida, à la santé sexuelle et génésique, au développement international. Ce réseau coordonné par la SCS est le volet canadien de la Campagne mondiale pour les microbicides. Ses buts sont de favoriser le partage d'idées et de ressources pour rehausser la sensibilisation des autres

membres et partenaires de la SCS et de contribuer à la coordination des efforts de plaidoyer aux paliers local, national et mondial.

**Un seul essai clinique de microbicide a été réalisé au Canada, et aucun financement n'est réservé au développement et à la préparation à fournir d'éventuels microbicides.**

En revanche, la réponse du gouvernement canadien et du secteur privé a été moins dynamique. Un seul essai clinique de microbicide a été réalisé au Canada, et aucun financement n'est réservé au développement et à la préparation à fournir d'éventuels microbicides. Un plan canadien en la matière est nécessaire. Un tel plan sur les microbicides est d'ailleurs requis par les obligations et engagements internationaux du Canada en matière de santé et de VIH/sida, comme susmentionné.

Un plan canadien sur les microbicides devrait aborder les questions pertinentes à leur recherche et développement; établir les rôles possibles d'une participation communautaire significative; et fournir des directives quant au financement, à la promotion, à l'autorisation de mise en marché et à la distribution. Un modèle existe pour élaborer un tel plan : le Canada est le premier et seul pays industrialisé à avoir amorcé l'élaboration d'un Plan pour des vaccins anti-VIH, avec l'aide de chercheurs, d'organismes communautaires, de ministères ainsi que de partenaires

internationaux. Les principaux volets de ce plan incluent les enjeux de :

- l'engagement du Canada au développement de vaccins anti-VIH;
- l'engagement public;
- l'intégration de plans stratégiques pour la recherche et le développement de vaccins anti-VIH;
- l'équité dans l'accès et la fourniture d'éventuels vaccins; et
- l'imputabilité, la surveillance et l'évaluation.

Cependant, aucune ressource spécifique n'a été octroyée au développement de ce plan sur les vaccins anti-VIH ou à son éventuelle réalisation.

Les organismes communautaires canadiens et les personnes vivant avec le VIH/sida devraient continuer de faire valoir l'importance du dossier des microbicides, sur la scène nationale et dans le monde. Ces organismes ont besoin de fonds suffisants pour que leur travail soit pleinement efficace. En l'éventuelle présence d'engagements politiques et financiers adéquats, un microbicide efficace pourrait être commercialisé d'ici cinq à sept ans. Il appartient aux militants canadiens, ainsi qu'aux intervenants du secteur privé et des gouvernements, d'assurer que le Canada contribue à cet effort mondial vital.

– Anna Alexandrova

Anna Alexandrova a été conseillère à la SCS et à l'International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, New York. Elle détient une maîtrise en droit de l'Université de Toronto et un baccalauréat en droit de l'International University of Moscou. On peut la joindre à AnnaAlexandrova@aol.com.

<sup>1</sup> En 2002, au Canada, les femmes représentaient près de 26% des cas déclarés de séropositivité au VIH. Voir *Le VIH/sida au Canada, Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2002*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, avril 2003, p. 12.

<sup>2</sup> E. Tharao, de l'organisme Women's Health in Women's Hands, a présenté les conclusions de: E. Tharao, N. Massaquoi, M. Brown, *Silent Voices of the AIDS Epidemic: African and Caribbean Women, their Understanding of the Various Dimensions of HIV/AIDS and Factors that contribute to their Silence*, lors du Symposium sur les microbicides, à Ottawa (30 octobre 2003).

<sup>3</sup> Office of AIDS Research, National Institutes of Health. Certaines études suggèrent qu'à défaut d'un microbicide idéal, les répondants utiliseraient même un microbicide

qui coule et qui est désagréable, si son efficacité contre le VIH était démontrée. Voir ONUSIDA, *Microbicides for HIV Prevention* (avril 1998), p. 3.

<sup>4</sup> A. Foss, P. Vickerman, L. Heise, C. Watts, « Shifts in condom use following microbicide introduction: should we be concerned? », *AIDS*, 2003, 17(8) : 1227-1237.

<sup>5</sup> Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, GA Res/S-26/2, 27 juin 2001, par. 89. [N.d.t. : la version originale anglaise parle effectivement de « microbicides ».]

<sup>6</sup> Pour une définition de la notion d'approche à la santé fondée sur les droits, consulter « 25 Questions and Answers on Health and Human Rights », *Health & Human Rights Publication Series*, No. 1, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (accessible via

[www.who.int/hhr/activities/publications/en/](http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/)).

<sup>7</sup> Voir *De la théorie à la pratique : Une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/sida – Le concept « GIPA »*, Genève, ONUSIDA, 1999. Ce document inclut un rappel de la *Déclaration du Sommet de Paris sur le SIDA* (1<sup>er</sup> décembre 1994).

<sup>8</sup> Voir, en général, *Règlement sur les aliments et drogues*, C.R.C., ch. 870, avec amendements, Titre 5, Drogues destinées aux essais cliniques sur des sujets humains.

<sup>9</sup> *Ibid.*, alinéa C.05.010 (d).

<sup>10</sup> *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C. 1985, F-27.

<sup>11</sup> ONUSIDA, *Microbicides for HIV Prevention: UNAIDS Technical Update*, Genève, ONUSIDA, avril 1998.

## Des groupes de consommateurs demandent d'interdire les pharmacies Internet

**Des groupes de consommateurs ont incité le gouvernement canadien à banir les pharmacies Internet, affirmant que cette industrie entraîne des risques pour la santé des Canadiens. Les groupes sont d'avis que les problèmes s'accroîtront si le dossier n'est pas résolu.**

Les pharmacies Internet sont des pharmacies qui fonctionnent par des sites Internet, principalement au Canada, pour vendre des médicaments de marque à des clients états-uniens; plusieurs de ces entreprises sont établies au Manitoba. Les médicaments de marque se vendent souvent beaucoup moins cher au Canada qu'aux États-Unis. Les pharmacies Internet cumulent maintenant des ventes annuelles d'environ un milliard de dollars US en médicaments d'ordonnance à des États-Uniens sans assurance.<sup>1</sup>

En mars 2004, huit groupes de consommateurs, dont le Conseil canadien pour la surveillance et l'accès aux traitements (CCSAT) et la British Columbia Persons with AIDS Society, ont affirmé que les pharmacies Internet étaient responsables de pénuries de médicaments, au Canada,

parce que des médicaments étaient acheminés du Canada à des clients aux États-Unis.<sup>2</sup> Les groupes ont affirmé qu'à cause des pharmacies Internet, les sociétés pharmaceutiques brevetées visaient et effectuaient des augmentations de prix de leurs produits vendus au Canada; et que ces hausses de coûts affectaient les budgets des régimes provinciaux de remboursement de médicaments.

Les groupes ont affirmé que les sociétés pharmaceutiques brevetées profitaient du phénomène des pharmacies Internet pour intensifier leurs pressions sur le gouvernement canadien afin d'obtenir une déréglementation du contrôle canadien du prix des médicaments [brevetés], qu'elles souhaitent depuis longtemps. (Les prix des médicaments brevetés sont actuellement régis par le Conseil d'examen du prix des médicaments

brevetés.) Les groupes de consommateurs ont incité du même coup le gouvernement canadien à défendre son système actuel de réglementation, devant ce lobbying des compagnies.

Par ailleurs, les groupes ont dit craindre que certains des médicaments expédiés aux É.-U. n'aient pas été approuvés au Canada et puissent néanmoins y être éventuellement revendus.

Ils ont également affirmé que l'expansion de l'industrie des pharmacies Internet nuit à l'accès des Canadiens aux services de pharmaciens et de médecins. Ils ont déclaré que 30% des pharmaciens du Manitoba avaient quitté le secteur public afin de travailler pour des pharmacies Internet; que des pharmacies ouvertes au public fermaient leurs portes ou écourtaient leurs heures d'ouverture; et que plusieurs médecins passaient une

somme considérable de leur temps à cosigner des ordonnances de médicaments destinés aux É.-U. plutôt que de s'occuper des patients canadiens.

En outre, ils ont soulevé la question éthique de savoir si un médecin devrait prescrire un médicament à un patient qu'il n'a jamais vu en face et auquel il ne donnera pas de soins de suivi.

En mai 2004, la Manitoba Society of Seniors inc. (MSS) a elle aussi exhorté le gouvernement canadien à bannir ce détournement de médicaments du Canada vers les É.-U. Citant des sources diverses, la MSS a affirmé que 40% des stocks de médicaments du Manitoba avaient été expédiés aux É.-U., en 2003; que plus de 20% des pharmaciens du Manitoba faisaient maintenant des ventes transfrontalières; et que plus de 80% des pharmaciens locaux rapportaient une intensification des manques de

stocks.<sup>3</sup>

Santé Canada a affirmé qu'il surveille cette industrie mais qu'il n'a trouvé encore aucune preuve de pénurie de médicaments pour les Canadiens attribuable aux pharmacies Internet.<sup>4</sup>

Les sociétés pharmaceutiques brevetées n'apprécient pas, elles non plus, les pharmacies Internet car ces dernières effritent leurs marges de profit sur le marché états-unien (bien que les envois transfrontaliers n'affectent qu'une infime portion de leur marché). Certains titulaires de brevets, notamment Pfizer Canada, ont établi une liste noire des distributeurs de gros qui approvisionnent les pharmacies Internet.

– David Garmaise

En juillet 2003, le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié un rapport accompagné de feuillets d'information, à propos de la régle-

mentation fédérale des prix des médicaments au Canada. Bien que le rapport n'analyse pas les problématiques complexes du phénomène des pharmacies Internet, il présente une analyse étoffée de l'évolution de l'approche canadienne en matière de contrôle des prix des médicaments pour les Canadiens et il formule des recommandations par lesquelles le gouvernement fédéral pourrait renforcer son système de réglementation des prix. Le rapport et les feuillets d'information sont accessibles via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstraitements.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstraitements.htm).

<sup>1</sup> « Health groups call on Martin to ban Internet pharmacies », Presse canadienne, 30 mars 2004.

<sup>2</sup> « Position Statement: Cross-border Internet Pharmacy », accessible sur le site Internet du CCSAT ([www.ctac.ca](http://www.ctac.ca)). Les six autres groupes de consommateurs sont : Best Medicine Coalition, Canadian Arthritis Patient Alliance, Canadian Organization for Rare Disorders, Consumer Advocate Network, Epilepsy Manitoba et Hepatitis C Network.

<sup>3</sup> « Manitoba seniors ask Prime Minister to ban cross-border drugs », communiqué de presse, 4 mai 2004 (accessible via [www.msos.mb.ca](http://www.msos.mb.ca)).

<sup>4</sup> *Supra*, note 1.

## Début d'un essai de vaccin thérapeutique anti-VIH au Canada

**Un essai clinique de vaccin thérapeutique anti-VIH s'amorce pour la première fois au Canada. Il est dirigé par le Réseau canadien pour l'élaboration de vaccins et d'immunothérapies (CANVAC), en collaboration avec Aventis Pasteur, de la France, et l'Immune Response Corporation (IRC) des États-Unis.**

Le vaccin étudié contient deux ingrédients – le Remune (de l'IRC) et l'ALVAC (d'Aventis Pasteur). La phase I, amorcée en avril 2004, durera 18 mois. Les premiers mois ont permis de recruter 60 participants à l'essai, à Ottawa et Montréal.<sup>1</sup> L'étude vise à examiner si le Remune et l'ALVAC produiront ensemble un effet synergique supérieur à celui observé jusqu'ici pour chaque pro-

duit, seul ou en combinaison avec d'autres substances.

Contrairement au vaccin préventif, le vaccin thérapeutique est destiné aux personnes ayant déjà le VIH. Cette étude a pour but de découvrir un produit qui pourrait remplacer les multi-thérapies antirétrovirales, ou du moins réduire la dépendance à celles-ci.

La tenue d'un essai clinique de vaccin anti-VIH est un développement

positif pour le Canada. Toutefois, il semble y avoir peu de communication entre les organismes de lutte contre le VIH/sida d'Ottawa et de Montréal, quant à la conception de l'essai et à son impact potentiel sur les programmes actuels de prévention.

– David Garmaise

<sup>1</sup> « Canadian researchers start new trials for anti-AIDS vaccine », Agence France Presse, 30 mars 2004.

# LE VIH/SIDA EN PRISON

Cette rubrique aborde des problématiques touchant le VIH/sida en prison. Son rédacteur en chef est Ralf Jürgens, ancien directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Nous y abordons deux développements au Service correctionnel du Canada – la décision de mener des projets pilotes sur les pratiques sécuritaires de tatouage dans six prisons fédérales, et la publication d'un compte-rendu détaillé des besoins de santé des détenus fédéraux du Canada. Nous mentionnons également la publication par trois agences des Nations Unies d'un document de politiques sur la réduction de la transmission du VIH en prison. Puis nous traitons d'une affaire judiciaire dans laquelle un juge d'instance fédérale, aux États-Unis, a déterminé que les autorités correctionnelles de l'Alabama avaient violé les droits constitutionnels de détenus séropositifs au VIH en leur fournissant des soins médicaux inadéquats. Enfin, nous signalons d'autres développements récents dans les prisons du Canada et d'ailleurs, ainsi que la parution de ressources nouvelles ou mises à jour sur des enjeux liés au VIH/sida en prison. Tous les articles ont été rédigés par Ralf Jürgens.

## Le Service correctionnel du Canada amorce une initiative de pratiques sécuritaires de tatouage

En 1994, le Comité d'experts sur le sida et les prisons recommandait que l'on autorise l'utilisation de matériel et d'instruments de tatouage, dans les prisons fédérales, et que l'on fournisse aux détenus qui offrent des services de tatouage une formation sur les pratiques sécuritaires en la matière.<sup>1</sup> Dix ans plus tard, dans le cadre d'une Initiative de pratiques sécuritaires de tatouage, le Service correctionnel du Canada (SCC) vient d'annoncer qu'il créera et évaluera des projets pilotes dans six prisons fédérales, en 2004.

La propagation de maladies infectieuses – particulièrement l'hépatite C, mais aussi l'infection à VIH – par le partage d'instruments de tatouage soulève des inquiétudes, en prison.

Dans un sondage mené par le SCC en 1995 auprès de détenus, 45% des répondants ont déclaré s'être fait tatouer en prison.<sup>2</sup>

Dans le cadre de l'Initiative de pra-

tiques sécuritaires de tatouage, des salons de tatouage seront mis sur pied dans des prisons fédérales, dans chaque région, y compris un établissement pour femmes. Ces salons seront

gérés par les détenus eux-mêmes, sous la supervision d'employés du SCC.

Dans un communiqué de presse du 22 mai 2004, le syndicat représentant les 5 700 agents correctionnels fédéraux a exprimé publiquement son opposition à l'initiative, affirmant qu'elle « est une réponse mal placée à la croissance des maladies infectieuses en milieu carcéral. De plus, cette réaction ne correspond pas au mandat du SCC et représente des risques inacceptables pour la sécurité de ses membres, des détenus et de la société en général ». <sup>3</sup> Le syndicat rejette donc à nouveau des mesures

visant à réduire la propagation d'infections en milieu carcéral et à protéger la santé des détenus, des employés et du public.

En revanche, des militants communautaires ont exprimé leur appui à l'initiative tout en soulignant que le SCC en fait trop peu, trop tard. Ils s'inquiètent de la possibilité que plusieurs détenus n'accèdent pas aux salons de tatouage en raison de nombreux règlements qui pourraient décourager la fréquentation. Ils citent un document de politiques, préparé en consultation avec des détenus, qui propose des approches alternatives à la réglementation du tatouage en

prison. <sup>4</sup> Enfin, ils exhortent le SCC à introduire des programmes pilotes d'échange de seringues en prison.

- Ralf Jürgens

<sup>1</sup> *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1994, p. 96 (recommandation 6.4).

<sup>2</sup> Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : rapport final*, Ottawa, SCC (Secteur de recherche et développement), 1996, n° SR-02.

<sup>3</sup> « UCCO-SACC-CSN s'oppose à l'initiative de salons de tatouage en milieu carcéral », communiqué de presse, 22 mai 2004 ([www.cnw.ca/en/releases/archive/May2004/22/c6784.html](http://www.cnw.ca/en/releases/archive/May2004/22/c6784.html)).

<sup>4</sup> P. Collins et coll., *Driving the point home: a strategy for safer tattooing in prisons*, Toronto, PASAN, Réseau juridique canadien VIH/sida, HIV/AIDS Regional Services, 2003 (accessible via [www.pasan.org](http://www.pasan.org)).

## Publication d'une évaluation des besoins de santé chez les détenus fédéraux au Canada

**Le 7 avril 2004, le Service correctionnel du Canada (SCC) a rendu public un profil complet des besoins des détenus des établissements correctionnels fédéraux en matière de soins de santé. L'étude a été publiée dans un supplément spécial de la *Revue canadienne de santé publique*.<sup>1</sup>**

L'évaluation commence par un survol des services de santé fournis par le SCC et un aperçu de la population des détenus assorti d'indicateurs sociodémographiques. Les autres sections abordent les aspects de la mortalité, des conditions de santé physique, des maladies infectieuses et des problèmes de santé mentale. La dernière présente un sommaire, les principaux constats et des conclusions.

Les auteurs de l'évaluation ont constaté, parmi les détenus, un état de santé constamment inférieur à celui de l'ensemble de la population canadi-

enne, peu importe l'indicateur observé. En ce qui a trait aux indicateurs socioéconomiques, on a constaté que les détenus sont deux fois plus susceptibles de ne pas avoir complété d'études secondaires et neuf fois plus susceptibles d'avoir été au chômage.

En matière de comportements liés à la santé, on a constaté que les détenus sont plus que deux fois susceptibles de fumer; 30 fois plus susceptibles de s'injecter des drogues; et de deux à dix fois plus susceptibles d'avoir « un trouble mental lié à l'abus d'une substance ».

Au chapitre des maladies chroniques, l'étude a relevé que les détenus de sexe masculin sont 40% plus susceptibles d'être traités pour le diabète, et les détenues, trois fois plus susceptibles; que les détenus de sexe masculin sont 68% plus susceptibles d'être traités pour une maladie cardiovasculaire, et les détenues, plus de deux fois plus susceptibles; que les détenus de sexe masculin sont 43% plus susceptibles d'être traités pour l'asthme, et les détenues, près de trois fois plus susceptibles; et 50% plus susceptibles d'avoir besoin d'aides mécaniques.

Pour les maladies infectieuses, l'étude a relevé que les détenus sont plus de deux fois plus susceptibles d'avoir contracté le virus de l'hépatite B (VHB); plus de 20 fois plus susceptibles d'avoir contracté le virus de l'hépatite C (VHC); plus de 10 fois plus susceptibles d'avoir contracté le VIH; et beaucoup plus susceptibles d'avoir contracté la tuberculose.

Sur le plan de la maladie mentale, l'étude a relevé que les détenus sont plus de deux fois plus susceptibles d'être atteint d'une maladie mentale; trois fois plus susceptibles d'être atteints de schizophrénie, chez les hommes, 20 fois chez les femmes; et quatre fois plus susceptibles d'avoir des troubles d'humeur.

L'étude a par ailleurs constaté que les détenus ont un risque de décès de 45% plus élevé; qu'ils sont huit fois plus susceptibles de mourir des suites d'un homicide; et près de quatre fois plus susceptibles de mourir suicidés. Les auteurs signalent que :

[i] ne fait aucun doute que le fardeau de l'état de santé de la population carcérale est lourd. Sur le plan de la santé, les détenus constituent une population à risque extrêmement élevé. Ils présentent un tissu de déterminants négatifs : faible niveau d'instruction, chômage, changements fréquents de logement,

comportements malsains, manque de soutiens sociaux, entre autres. Ces facteurs contribuent à leurs taux élevés de maladies chroniques, de maladies infectieuses, de blessures et de mortalité. Les taux élevés de troubles mentaux compliquent la situation.<sup>2</sup>

Les auteurs de l'étude signalent que les services de santé du SCC « sont essentiellement centrés sur la prestation de soins individuels et donc réactifs », et qu'il « faut se concentrer davantage sur la santé de la population en général ».<sup>3</sup> Ils ajoutent que la gamme de services de santé publique qui existent dans les communautés canadiennes est sous-développée dans les établissements correctionnels et qu'il faut créer une infrastructure de santé publique afin de remplir les fonctions de base des services en la matière, dans ces établissements – c'est-à-dire : évaluer l'état de santé des détenus, implanter un système efficace pour la surveillance des maladies infectieuses et chroniques, remplir le mandat du Service de santé du SCC en matière de promotion de la santé, assurer des actions coordonnées pour la prévention des maladies et blessures, protéger la santé des détenus et évaluer l'efficacité des services de santé ainsi que leur accessibilité et leur qualité.

Les auteurs continuent en affirmant :

Un système de santé publique opérationnel en milieu carcéral est essentiel à la bonne gestion et au contrôle efficace des maladies infectieuses. Il est nettement dans l'intérêt du SCC de veiller à la prévention de la transmission de maladies infectieuses entre détenus ainsi que des détenus aux membres du personnel des établissements. Les Canadiens et les Canadiennes ont directement intérêt à veiller à ce que le système carcéral n'augmente pas le bassin de personnes atteintes d'infections au VIH et au VHC, de la tuberculose et de MTS.<sup>4</sup>

L'étude se conclut par un rappel que « les détenus ont le même droit que les autres Canadiens d'obtenir des services de santé », qu'ils « viennent de la communauté et y retournent », et que, par conséquent, « en s'occupant de leurs besoins de santé, on contribue à leur réinsertion sociale et à leur retour réussi dans à la collectivité. »<sup>5</sup>

<sup>1</sup> « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale », *Revue canadienne de santé publique*, 2004, 95, supplément 1 ([www.cpha.ca/shared/cjph/archives/CJPH\\_95\\_Suppl\\_1\\_f.pdf](http://www.cpha.ca/shared/cjph/archives/CJPH_95_Suppl_1_f.pdf)).

<sup>2</sup> À la p. S55.

<sup>3</sup> À la p. S57.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> À la p. S57.

## Des agences de l'ONU publient un document de politiques sur la réduction de la transmission du VIH en prison

Trois organisations onusiennes – l'Organisation mondiale de la santé, l'ONUSIDA et le Bureau des Nations Unies contre la drogue et le crime – ont récemment publié un document de politiques à propos de la réduction de la transmission du VIH en prison.<sup>1</sup> Le document incite les gouvernements à rehausser les mesures de prévention du VIH dans leurs prisons en mettant sur pied des programmes complets qui incluent toutes les mesures offertes dans la communauté – y compris l'échange de seringues – pour prévenir la transmission du VIH.

Le document examine succinctement « quatre éléments de programmes préventifs en prison [qui] ont été étudiés en détail : la provision d'eau de Javel pour le nettoyage des seringues et aiguilles; les programmes [d'échange de] seringues et aiguilles; le traitement d'entretien à la méthadone; et la provision de condoms » [trad.]. Il se conclut par l'affirmation suivante à propos des implications pour les politiques et programmes :

La prévention de la transmission du VIH en prison est entravée principalement par le fait que les gouvernements se refusent à reconnaître que l'usage de drogue par injection et les rapports sexuels ont lieu, en prison; et non par un manque de preuves que les principales interventions préventives fonctionnent. Il y a amplement de données

sur la présence répandue d'injection de drogue, en particulier, dans de tels établissements, ainsi que de rapports sexuels entre détenus. De plus, des données démontrent que le risque d'infection par le VIH en prison est habituellement plus élevé que dans le reste de la communauté : les prisons sont un milieu à risque élevé d'infection par le VIH. Une fois cette réalité reconnue, une vaste gamme d'options de programmes s'offre aux gouvernements pour prévenir la transmission du VIH en prison. [trad.]

Les données montrent que les programmes souhaitables devraient inclure toutes les mesures contre la transmission du VIH qui sont utilisées dans la communauté – y compris l'éducation sur le VIH/sida, les services volontaires de test du VIH et de counselling, la distribution d'aiguilles et

seringues stériles ainsi que de condoms, et les traitements de la dépendance à la drogue, y compris les traitements de substitution. Toutes ces interventions ont fait la preuve de leur efficacité à réduire le risque de transmission du VIH dans des prisons. On a également démontré qu'elles n'entraînent pas de conséquences négatives indésirables. Les données scientifiques disponibles montrent que de telles interventions peuvent être élargies de manière fiable de la phase de projet-pilote à un statut de programmes nationaux.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé, *Evidence for action on HIV/AIDS and injection drug use - Policy brief: Reduction of HIV transmission in prisons*, Genève, OMS, 2004 (WHO/HIV/2004.05). Accessible via [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/).

<sup>2</sup> *Ibid.*

## É.-U. – Un juge tranche : les soins médicaux inadéquats aux détenus séropositifs sont une violation de leurs droits

Un juge fédéral des États-Unis a conclu que les autorités correctionnelles de l'Alabama ont violé les droits constitutionnels de détenus séropositifs au VIH en leur fournissant des soins médicaux médiocres, qui ont entraîné des décès précoces.

En septembre 2003, Human Rights Watch a exprimé des préoccupations quant aux conditions exécrables réservées aux détenus vivant avec le

VIH/sida dans l'Établissement correctionnel de Limestone, en Alabama.<sup>1</sup> Dans un rapport, le Dr Stephen Tabet a documenté la condition sanitaire de cette prison et s'est dit préoccupé par le nombre de décès qui auraient pu être évités parmi les détenus séropositifs de l'établissement.

En mars 2004, le Dr Tabet a publié un second rapport, soulignant que « l'un des échecs médicaux les plus flagrants de Limestone est le nombre de décès évitables. Des patients continuent d'y mourir à cause d'un système de soins défaillant. »<sup>2</sup>

Trente-huit détenus séropositifs sont décédés à l'Établissement de Limestone entre 1999 et 2002, puis cinq autres entre octobre 2003 et mars 2004. Dans son premier rapport, le Dr Tabet a examiné les 38 décès survenus entre 1999 et 2002 et noté que presque tous avaient été précédés d'un manque de traitements ou de soins médicaux adéquats. Il a conclu que tous les décès avaient été causés par des maladies évitables. Dans son second rapport, le Dr Tabet documente les décès de cinq détenus, entre octobre 2003 et mars 2004. Il a constaté, par exemple, qu'un détenu avait littéralement suffoqué devant des employés médicaux sans qu'aucun traitement ne lui soit offert, tandis

qu'un autre avait perdu plus de 170 livres et ne s'était vu offrir aucun médicament ni régime alimentaire approprié. Un autre détenu vivant avec le VIH et la tuberculose a été placé dans un dortoir avec d'autres détenus séropositifs, exposant à la tuberculose plus de 200 individus au système immunitaire affaibli, avant de mourir.

Le Département correctionnel de l'Alabama impose le test du VIH à tous ses détenus et loge les détenus masculins séropositifs à l'Établissement correctionnel de Limestone.

Dans un rapport publié en juin 2004, le juge magistrat des États-Unis John Ott affirme que les autorités correctionnelles de l'Alabama ont violé les droits constitutionnels des détenus séropositifs. Ce rapport a été rendu public après que le Département correctionnel accepte d'apporter plusieurs améliorations à ses services de soins et de traitements, en vertu du règlement d'une poursuite fédérale initiée par des détenus séropositifs de Limestone. Le règlement oblige le fournisseur de soins médicaux du Département correctionnel à embaucher une infirmière à temps plein, à titre de coordonnatrice du VIH, qui aura pour tâches de diriger un programme de prévention des

infections et de coordonner les soins aux détenus séropositifs, y compris le suivi des traitements et l'éducation des détenus à propos du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement. Le règlement interdit aussi au Département de loger des détenus séropositifs dans des dortoirs et lui ordonne de nettoyer les cellules des détenus.<sup>3</sup>

Dans son rapport, le juge Ott a indiqué qu'en raison de ce « manquement au respect de la vie humaine », les détenus l'auraient probablement emporté devant un tribunal, et que ce règlement était la meilleure façon d'atténuer la douleur et la souffrance et d'améliorer les soins médicaux.<sup>4</sup> Il a ajouté qu'« il est évident que des vies ont été perdues à cause de lacunes évitables dans les traitements médicaux », et que « des détenus séropositifs sont décédés sans l'intervention cruciale du personnel médical de Limestone ni celle du Département correctionnel de l'Alabama ».

<sup>1</sup> Voir Human Rights Watch, *Case study: Alabama, a system in crisis*, octobre 2003 ([www.hrw.org/reports/2003/usa1003/116.htm](http://www.hrw.org/reports/2003/usa1003/116.htm)).

<sup>2</sup> « New report blames inadequate HIV medical care for HIV inmate deaths at Limestone Correctional Facility », *Positive Populations*, 2004, 5(6) : 6.

<sup>3</sup> Voir *AIDS Policy & Law*, 2004, 19(11) : 12 (18 juin 2004).

<sup>4</sup> C. Crowder; « Judge: prison's care violated rights of HIV-infected inmates », *Birmingham News*, 8 juin 2004.

## Autres développements

### Québec – Taux élevés de VIH et de VHC en prison

Une récente étude, présentée en mai 2004 à la 13<sup>e</sup> Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le

VIH/sida, a révélé des taux élevés d'infection à VIH et hépatite C (VHC) parmi les détenus de prisons provinciales, au Québec.<sup>1</sup>

L'étude a été réalisée dans sept établissements provinciaux. Le taux

prévalence du VIH était de 2,3% parmi les hommes (32 sur 1 357) et de 8,8% parmi les femmes (22 sur 250); tandis que celui du VHC était respectivement de 16,6% et 29,2%. Parmi les détenus masculins, 27,7%

ont déclaré s'être déjà injecté de la drogue hors prison, et 7,2% étaient séropositifs au VIH. Toutes les femmes séropositives au VIH s'étaient déjà injecté de la drogue hors prison.

### Canada – Une étude démontre que l'incarcération est indépendamment associée au prêt et à l'emprunt de seringues

Une autre étude présentée à la 13<sup>e</sup> Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida a révélé que parmi les 1 475 utilisateurs de drogue par injection (UDI) inscrits à la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS), 1 123 (76%) signalaient des antécédents d'incarcération depuis leur première injection de drogue. De ceux-ci, 351 répondants (31%) ont affirmé s'être déjà injecté de la drogue en prison. Parmi les 318 UDI vivant avec le VIH, le fait d'avoir été incarcéré dans les six mois précédant chaque entrevue était indépendamment associé au prêt de seringues pendant cette période.

De plus, parmi les 1 157 UDI séronégatifs, le fait d'avoir été incarcéré dans les six mois précédant chaque entrevue était indépendamment associé à l'emprunt de seringues pendant cette période. Les chercheurs ont conclu que « l'incarcération est indépendamment associée au partage risqué de seringues, parmi les UDI séropositifs et séronégatifs » et que ces « solides preuves de comportements à risque pour le VIH devraient intensifier les préoccupations sanitaires liées à la transmission d'infections par voie sanguine en prison » [trad.].<sup>2</sup>

### Canada – L'incarcération mène-t-elle à des interruptions du traitement anti-VIH?

Des preuves de plus en plus nombreuses et inquiétantes montrent qu'en dépit d'importants efforts déployés par les systèmes correctionnels, les détenus vivant avec le VIH/sida rencontrent encore des problèmes dans l'accès à des traitements équivalents à ceux offerts dans la communauté. En particulier, des données suggèrent qu'un nombre considérable d'entre eux interrompent leur traitement antirétroviral pendant leur incarcération.<sup>3</sup>

Une étude présentée à la 13<sup>e</sup> Conférence canadienne annuelle sur la recherche sur le VIH/sida a examiné les cas d'interruption de la thérapie antirétrovirale fortement active (HAART) chez 160 participants séropositifs de la Vancouver Injection Drug Users' Study (VIDUS).<sup>4</sup> On a constaté que 71 répondants (44%) avaient abandonné leur HAART durant la période examinée. Les facteurs indépendamment associés à l'interruption du traitement incluaient l'incarcération récente. De fait, les motifs les plus fréquemment invoqués pour expliquer l'interruption de la HAART étaient l'incarcération (44%) et les effets secondaires des médicaments (41%). L'étude a conclu que « des changements programmatiques pourraient s'imposer pour promouvoir le maintien optimal de la HAART chez les détenus UDI séropositifs » [trad.].

Les données recueillies par des organismes de lutte contre le VIH/sida offrant des services de première ligne aux détenus appuient également ces preuves scientifiques. Un document intitulé *Initiative to Monitor Prison AIDS Care & Treatment (IMPACT)*:

*Data Analysis and Evaluation*<sup>5</sup> rend compte de 373 cas documentés par des intervenants de première ligne, à l'aide d'informations fournies par des détenus fédéraux et provinciaux. Au cours d'une période d'environ 12 mois :

- 45 rapports faisaient mention de médicaments anti-VIH;
- 14 détenus ont rapporté une interruption de leur traitement anti-VIH;
- 3 détenus ont signalé que leurs médicaments anti-VIH leur étaient administrés de façon inadéquate;
- 11 détenus ont signalé avoir manqué des doses de médicaments anti-VIH; et
- 7 détenus ont signalé qu'ils avaient été mis en liberté sans provision de médicaments anti-VIH.<sup>6</sup>

Des taux élevés d'interruption pourraient avoir des conséquences néfastes sur la santé individuelle et publique, vu les risques accrus de perte du contrôle virologique, de recrudescence virale qui peut en découler,<sup>7</sup> ainsi que de développement d'une résistance aux médicaments et de transmission de souches résistantes du VIH.<sup>8</sup>

En octobre 2004, le Réseau juridique canadien VIH/sida amorcera une recherche et préparera un bref document sur l'interruption de la HAART en prison et ses implications, puis il formulera des recommandations fondées sur une analyse des enjeux juridiques, éthiques et de droits humains, quant à la façon de s'attaquer à ce problème dans les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux/territoriaux. La recherche impliquera une consultation auprès de détenus, d'employés correctionnels médicaux et de responsables de la santé publique.

## É.-U. – Normes révisées pour les services de santé en prison

L'American Public Health Association vient de publier une troisième édition de *Standards for Health Services in Correctional Institutions*.<sup>9</sup> Ces normes ont paru pour la première fois en 1976, alors que la Cour suprême des États-Unis statuait que « l'indifférence délibérée à l'égard des besoins médicaux sérieux des détenus constitue un châtement cruel et exceptionnel... proscrit par le Huitième Amendement – que ce soit l'indifférence des médecins de prison dans leur réponse aux besoins des détenus, ou des agents correctionnels qui refusent ou retardent intentionnellement l'accès aux soins médicaux ou qui interfèrent avec un traitement prescrit » [trad.].<sup>10</sup>

Depuis, les prisons états-uniennes

sont devenues plus grandes, plus violentes et plus peuplées. De nouvelles formes d'établissements à sécurité maximale et de ségrégation punitive encouragent la violence routinière à l'endroit des détenus et les exposent à de terribles situations d'isolement social et de torture psychologique. Un nombre croissant d'enfants et d'adolescents sont incarcérés dans des milieux de plus en plus répressifs [trad.].<sup>11</sup>

Dans ce contexte, la troisième édition de l'ouvrage établit des normes de soins de santé qui respectent les détenus et qui exigent que les employés correctionnels médicaux se considèrent avant tout comme des professionnels de la santé autonomes. Le document note que « lorsque les professionnels de la santé s'identifient trop aux gardiens de sécurité de l'établissement, ils s'empêtrent dans un conflit d'identité néfaste pour eux-mêmes ainsi que pour leurs patients et la prison » [trad.].<sup>12</sup>

## Irlande – Rapport sur les interventions de réduction des méfaits

Le 28 mai 2004, l'Irish National Advisory Committee on Drugs a publié un rapport intitulé *A Review of Harm Reduction Approaches in Ireland and Evidence from the International Literature*,<sup>13</sup> qui comprend un examen des données irlandaises et internationales sur l'injection de drogue en prison, ainsi que sur les interventions de réduction des méfaits comme les programmes d'échange de seringues en prison (PESP). Dans une entrevue accordée à l'*Irish Times* après la publication de son rapport, l'auteur Gerard Moore (de la Dublin City University) a exhorté à l'introduction de PESP en Irlande.<sup>14</sup>

## Russie – Une étude recommande des stratégies de réduction des méfaits supplémentaires et améliorées, y compris des programmes d'échange de seringues en prison

Dans une étude publiée en juin 2004 dans l'*International Journal for Equity in Health*, Kate Dolan et coll. ont évalué l'efficacité d'un programme de formation sur le VIH pour les pairs, mené dans une colonie de détenus masculins ayant une dépendance à la drogue, en Sibérie.<sup>15</sup>

En 2002, il y avait 34 000 détenus séropositifs au VIH, en Russie, dont 95% étaient des utilisateurs de drogue par injection.<sup>16</sup> En 2000, Médecins Sans Frontières (MSF) a mis en œuvre un programme d'éducation sur le VIH dans certaines prisons russes, y compris dans une colonie pour

détenus masculins ayant une dépendance à la drogue, en Sibérie. L'étude avait pour but d'évaluer l'impact de ce programme.

Presque tous les répondants (95%) présentaient des antécédents d'injection de drogue; environ 13% ont déclaré s'être injecté des drogues dans leur établissement actuel. Par ailleurs, 10% ont affirmé avoir eu des rapports sexuels en prison en 2000 (puis 12% en 2001).

L'étude a constaté que les connaissances sur la transmission du VIH s'améliorent, chez les détenus, et que « la provision de matériel éducatif et la présence de pairs éducateurs sont des moyens peu coûteux d'atteindre une population difficile à joindre hors prison » [trad.]. Toutefois, elle conclut qu'« il faudra beaucoup plus pour prévenir une épidémie de VIH dans les prisons russes », y compris des programmes d'entretien à la méthadone et d'échange de seringues, dont l'efficacité a été démontrée dans d'autres pays.

## Indonésie – Création d'un comité de travail sur le VIH/sida en prison

Alarmés par le nombre croissant de détenus séropositifs au VIH, le gouvernement et des organismes non gouvernementaux indonésiens ont créé un comité de travail national pour aider à ralentir la propagation du VIH dans les prisons du pays. D'après des données du ministère de la Santé et de l'Agence nationale des narcotiques, seulement 0,2% des 497 échantillons sanguins prélevés anonymement au pénitencier de Salemba (région centrale de Jakarta) étaient positifs pour le VIH, en 1998. Toutefois, en 2001, 22% des 250 détenus testés ont été

trouvés séropositifs au VIH.<sup>17</sup> En plus de services d'éducation, de tests du VIH et de counselling volontaire, des condoms et de l'eau de Javel seront fournis. On envisage également l'introduction de projets pilotes d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone.

Pour plus d'information, communiquer avec Palani Narayanan à pnarayanan@ihpcp.or.id.

### É.-U. – Une prison offrira le traitement d'entretien à la méthadone

À l'échelle mondiale, un nombre croissant de systèmes correctionnels offrent le traitement d'entretien à la méthadone (TEM), y compris dans la plupart des pays d'Europe occidentale (à l'exception de la Grèce, de la Suède et de deux régions de l'Allemagne). De tels programmes existent aussi en Australie et au Canada; et de plus en plus de systèmes correctionnels d'Europe de l'Est en amorcent ou envisagent de le faire dans les prochaines années.<sup>18</sup>

Aux États-Unis, toutefois, seulement quelques prisons offrent le TEM. Dans une première initiative du genre en prison de comté, le Metropolitan Detention Center d'Albuquerque, Nouveau-Mexique, a récemment commencé à offrir aux détenus des soins de santé « préventifs ». Un programme pilote d'entretien à la méthadone s'y amorcera bientôt. Les autorités du comté estiment que les soins de santé « préventifs » aideront à réduire la propagation du VIH et du VHC, les coûts médicaux ainsi que le taux de réincarcération – ce qui génèrera d'importantes économies pour les contribuables, en

termes de coûts médicaux et correctionnels évités. Toutefois, contrairement à la pratique en vigueur dans plusieurs prisons canadiennes, le TEM ne sera offert qu'aux détenus qui suivaient déjà un tel traitement avant leur incarcération.<sup>19</sup>

### É.-U. – « Les ex-détenus sont aussi de la famille »

Une nouvelle campagne d'affiches de marketing sociale intitulée « Les ex-détenus sont aussi de la famille » (« Ex-prisoners are family too ») a été lancée à San Francisco, le 29 juin 2004. La campagne vise à aider les personnes en liberté conditionnelle, leurs familles et le grand public, dans le contexte de la réinsertion sociale des ex-détenus. Pour un aperçu des affiches de la campagne, voir [www.centerforce.org/exprisonersarefamilytoo](http://www.centerforce.org/exprisonersarefamilytoo).

### Nouvelles ressources

En juin 2004, le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié trois ressources nouvelles ou révisées, sur des problématiques liées au VIH/sida en prison :

- *Syringe Exchange Programs in Prisons: Reviewing the Evidence*;
- *Methadone Maintenance Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence*; (accessibles en anglais à [www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm)); et
- la troisième édition révisée de 13 feuillets d'information sur le VIH/sida en prison (accessibles à [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm)).

L'American Civil Liberties Union a publié récemment un rapport sur le VIH/sida et les droits civils. On y trouve une section sur le VIH/sida en prison, où l'on lit notamment que :

Partout au pays, des détenus sont privés de leurs médicaments anti-VIH à leur admission en prison et se voient refuser une provision temporaire de médicaments au moment de leur libération. Nous sommes intéressés à entamer des poursuites qui mettraient en relief l'obligation de tous les établissements correctionnels de fournir des médicaments lors de la mise en liberté ainsi qu'un accès rapide à des médicaments lors de l'admission [trad.].<sup>20</sup>

<sup>1</sup> S. Landry, M. Alary, G. Godin, G. Lambert, H. Gagnon, « Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2004, 15 (Supp. A) : 50A (abrégé 306).

<sup>2</sup> E. Wood et coll., « Incarceration is independently associated with syringe lending and borrowing among a cohort of injection drug users », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2004, 15 (Supp. A) : 57A (abrégé 327).

<sup>3</sup> A. Palepu, M.W. Tyndall, K. Li, B. Yip, R.S. Hogg, M.V. O'Shaughnessy, J. Montaner, M. Schechter, « Access and sustainability of antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, (Supp. B) : 32B; F.L. Altice, F. Mostashari, G.H. Friedland, « Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28(1) : 47-58.

<sup>4</sup> T. Kerr, A. Marshall, J. Walsh, A. Palepu, M.W. Tyndall, R.S. Hogg, J. Montaner, E. Wood, « Determinants of highly active antiretroviral discontinuation among injection drug users », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2004, 15 (Supp. A) : 86A (abrégé 458P).

<sup>5</sup> Document préparé par M. Linhart, BC Persons With AIDS Society, en 2001 (en filière au bureau de l'auteur).

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> P.R. Harrigan, M. Whaley, J.S. Montaner, « Rate of HIV-1 RNA rebound upon stopping antiretroviral therapy », *AIDS*, 1999, 13(8) : F59-62.

<sup>8</sup> S.G. Deeks, « International perspectives on antiretroviral resistance. Nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor resistance », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 1(26) : S25-33; D.R. Bangsberg, F.M. Hecht, E.D. Charlebois et coll., « Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population », *AIDS*, 2000, 14 (4) : 357-366.

<sup>9</sup> American Public Health Association, *Standards for Health Services in Correctional Institutions*, Washington, D.C., APHA, 2003.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. xvii.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. xviii.

<sup>12</sup> *Idem.*

<sup>13</sup> Accessible à [www.nacdie/publications/prevention\\_hr.html](http://www.nacdie/publications/prevention_hr.html).

<sup>14</sup> Publié dans *Voices Rising* (bulletin électronique de l'Irish

Penal Reform Trust), 2004, 2(6) (14 juin 2004).

<sup>15</sup> K.A. Dolan, M. Biji, B. White, « HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males », *International Journal for Equity in Health*, 2004, 3 : 7 (21 juin 2004) ([www.equityhealthj.com/articles/browse.asp](http://www.equityhealthj.com/articles/browse.asp)).

<sup>16</sup> A. Kononets, « Some facts about HIV in prisons », *Prison Health Care News*, 2002 : 2, Londres, International Centre for Prison Studies and Kings College.

<sup>17</sup> L. Aurora, « Working committee on HIV/AIDS in jails formed », *The Jakarta Post*, 13 avril 2004; « Indonesia sets-up first prison HIV eradication committee », *AHRN*

*Newsletter*, 2004, 34 (avril 2004).

<sup>18</sup> Pour plus d'information, voir *VIH/sida et prisons, feuillet d'information #7*, « Prévention et traitement : la méthadone », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 3<sup>e</sup> édition, 2004 (accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm)).

<sup>19</sup> « Albuquerque jail to offer methadone treatment to inmates » ([www.drugpolicy.org/news/03\\_02\\_04nm.cfm](http://www.drugpolicy.org/news/03_02_04nm.cfm)).

<sup>20</sup> T. Lange, *HIV & Civil Rights. A Report from the Frontlines of the HIV/AIDS Epidemic*, ACLU AIDS Project, novembre 2003 (accessible via [www.aclu.org/HIVAIDS/](http://www.aclu.org/HIVAIDS/)).

# LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

Cette rubrique présente un résumé de diverses décisions des tribunaux du Canada concernant le VIH/sida ou susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y est question d'affaires criminelles et civiles. Nous tentons de couvrir les affaires de manière aussi complète que possible, à partir de recherches effectuées dans les bases de données électroniques sur le droit au Canada, ainsi que de reportages des médias canadiens. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur de la présente rubrique, à [gbetteridge@aidslaw.ca](mailto:gbetteridge@aidslaw.ca).

## Le droit criminel et la transmission du VIH ou exposition : trois nouvelles affaires

L'évolution des poursuites au criminel pour l'exposition au VIH ou sa transmission sont l'objet d'une chronique régulière. Depuis le numéro 8(1) de la *Revue*, nous avons pris connaissance de trois nouvelles affaires. Nous les rapportons ci-après. Une affaire importante du Royaume-Uni est rapportée dans *Le VIH/sida devant les tribunaux – International*.

### Conclusion de l'affaire *R. c. Williams* : dix ans de prison pour avoir eu des relations sexuelles avec trois femmes sans divulguer sa séropositivité

La *Revue* a abondamment couvert toutes les étapes judiciaires de l'affaire *Williams*.<sup>1</sup> M. Williams faisait

face à diverses accusations de voies de fait graves et de nuisance publique pour avoir omis de divulguer sa séropositivité au VIH avant d'avoir des relations sexuelles non protégées avec trois femmes. Nous faisons état dans le présent article du jugement de la Cour d'appel de Terre-Neuve<sup>2</sup> concernant les peines imposées par la Cour suprême de Terre-Neuve.<sup>3</sup>

### Historique

M. Williams a plaidé coupable à un seul chef de voies de fait graves contre chacune des deux femmes avec lesquelles il a eu des relations sexuelles après avoir appris qu'il était séropositif. Une des femmes a eu deux fois des relations sexuelles non protégées avec lui; l'autre a entretenu une relation avec lui pendant plus d'un an.

Ni l'une, ni l'autre n'a contracté le VIH.

M. Williams a eu des relations sexuelles non protégées avec une troisième femme avant et après avoir été informé de sa séropositivité au VIH. Dans ce cas, il a été accusé de nuisance publique et de voies de fait graves. Il a plaidé non coupable, mais il a subséquemment été reconnu coupable des deux accusations. En appel, la Cour d'appel de Terre-Neuve a substitué à la déclaration de culpabilité pour l'accusation de voies de fait graves du juge de première instance une déclaration de culpabilité pour *tentative* de voies de fait graves. La Cour suprême du Canada a confirmé ce résultat.

S'appuyant sur l'arrêt de la Cour suprême, M. Williams a interjeté appel à la Cour d'appel de Terre-Neuve de la peine imposée par le juge de première instance pour les déclarations de culpabilité concernant les relations sexuelles avec les trois femmes.

### Les peines imposées en première instance

La détermination de la peine a donné lieu à deux audiences distinctes – une audience concernant les accusations auxquelles M. Williams a plaidé coupable, l'autre concernant la déclaration de culpabilité rendue au procès. Le 23 mai 2000, la Cour suprême de Terre-Neuve lui a imposé une peine de cinq ans et demi d'emprisonnement pour les voies de fait graves et de 18 mois pour l'accusation de nuisance publique, concernant la troisième femme.<sup>4</sup>

Le 19 juin 2001, un autre juge de la Cour suprême de Terre-Neuve a jugé que la déclaration de culpabilité concernant la première plaignante, celle avec laquelle M. Williams avait eu une relation de courte durée, justifiait quatre ans d'emprisonnement.<sup>5</sup>

Puis, le juge a appliqué le principe de la totalité. Ce principe a pour fonction de réduire le total de la peine lorsque la somme des peines distinctes donnerait lieu à une période d'emprisonnement qui serait démesurément longue. Compte tenu de la déclaration de culpabilité déjà rendue pour le premier chef de voies de fait graves, le juge a réduit les peines pour les deux autres accusations de voies de fait graves : de trois ans à deux ans et de quatre ans à trois ans. Au total, Williams a été condamné à dix ans et demi d'emprisonnement.

### La décision de la Cour d'appel

La poursuite et M. Williams ont interjeté appel à la Cour d'appel des décisions des deux juges de première instance relatives à la détermination de la peine. La couronne soutenait que le juge de première instance avait commis une erreur en tenant compte du principe de la totalité; de son côté, l'avocat de la défense soulevait que les peines étaient indûment sévères et devaient être réduites. La Cour d'appel a jugé que les peines imposées par le deuxième juge de première instance avant l'application du principe de totalité étaient adéquates. En ce qui a trait à la peine imposée par le premier juge, à la lumière de la substitution par la Cour suprême d'une déclaration de culpabilité pour tentative de voies de fait graves, la cour a réduit la peine de cinq ans et demi à trois ans, compte tenu que la peine maximale pour des voies de fait graves était de sept ans d'emprisonnement. La peine concurrente de dix-huit mois d'emprisonnement pour l'accusation de nuisance publique a été confirmée.

La cour a ensuite déclaré que le principe de la totalité visant la réduction de peine n'était pas applicable, parce que les peines se situaient dans

la gamme de peines adéquates. La cour a tenu compte des principes de dissuasion générale et spécifique et de la protection du public pour conclure qu'une peine cumulative de dix ans d'emprisonnement était adéquate. Le juge Welsh a précisé que « M. Williams et les autres personnes dans la même situation doivent comprendre que ce type de mépris insouciant et égoïste pour la sécurité des autres entraîne un châtement sévère ».

[trad.]<sup>6</sup>

### Une peine de dix-sept mois d'emprisonnement après un plaidoyer de culpabilité inattendu

Le 18 mai 2004, M. Bernard, un homme séropositif de Winnipeg, a été condamné à 17 mois d'emprisonnement, après qu'il eut mis un terme à son enquête préliminaire en plaidant coupable à un chef d'accusation de voies de fait graves.<sup>7</sup> À ce jour, les résultats des tests de VIH de la personne plaignante ont été négatifs.

« Certains segments de la population ont plus de difficulté à divulguer leur séropositivité. »

L'avocat de la défense de M. Bernard a soutenu que « certains segments de la population ont plus de difficulté à divulguer leur séropositivité, notamment à cause de la honte et d'un manque de renseignements sur la maladie ». <sup>8</sup> Le juge Elliot, de la Cour du Banc de la Reine, a accepté la recommandation conjointe des avocats, qui suggéraient une peine de

deux ans d'emprisonnement, qui a été réduite à 17 mois, compte tenu du temps déjà passé en détention préventive. La peine d'emprisonnement sera suivie par trois ans de probation. Les motifs du juge relativement à la détermination de la peine et à la période de probation n'ont pas été rapportés.

### Sept ans d'emprisonnement pour des voies de fait multiples

Divers médias ont rapporté qu'un tribunal du Québec avait condamné Navrumbwa Djamali, âgé de 47 ans, à sept ans d'emprisonnement pour avoir eu des relations sexuelle non protégées avec trois femmes sans leur dire qu'il était séropositif.<sup>9</sup> Une des femmes a fréquenté M. Djamali pendant 18 mois. Une autre, une étudiante japonaise qui participait à un programme d'échange, a soutenu

avoir été violée. Aucune des femmes n'a eu de résultat de test de VIH positif.

M. Djamali a été reconnu coupable de deux chefs d'agression sexuelle grave, d'un chef d'agression sexuelle, d'un chef de séquestration et d'un chef de voies de fait graves. Le juge Garneau a jugé que la déclaration de M. Djamali, selon laquelle il ignorait que le VIH pouvait se transmettre par des liquides organiques, n'était pas crédible. L'avocat de la défense a indiqué que M. Djamali souhaitait interjeter appel de la peine, qu'il jugeait trop sévère. La décision concernant la détermination de la peine n'a pas été publiée.

– Glenn Betteridge et Hari Subramaniam

Hari Subramaniam est stagiaire en droit au Réseau juridique canadien VIH/sida et

étudie à la faculté de droit de l'Université McGill.

<sup>1</sup> Pour un compte-rendu du procès et des décisions relatives à la détermination de la peine, voir R. Elliott, « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements III », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 34-36; et « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements V », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 18-26. Pour une analyse de la décision de la Cour d'appel de Terre-Neuve, voir R. Elliott, « Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : trois nouvelles affaires », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 73-76. Pour une analyse de la décision de la Cour suprême du Canada, voir R. Elliott et G. Betteridge, « Un homme qui n'a pas divulgué sa séropositivité est déclaré coupable de tentative de voies de fait graves », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 2003, 8(3) : 55-58.

<sup>2</sup> R. c. Williams, [2004] NJ No 140 (CA) (QL).

<sup>3</sup> R. c. Williams, [2000] NJ No 166 (NFLD SC-TD) (QL) et R. c. Williams, [2001] NJ No 169 (NFLD SC-TD) (QL).

<sup>4</sup> R. c. Williams, [2000] NJ No 166 (NFLD SC-TD) (QL).

<sup>5</sup> R. c. Williams, [2001] NJ No 169 (NFLD SC-TD) (QL).

<sup>6</sup> Williams, *supra* note 2, par 61.

<sup>7</sup> « Man jailed for unprotected HIV sex », *The Edmonton Sun*, 18 mai 2004.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> « HIV-positive man gets 7 more years after unprotected sex », *Canadian Press*, 12 avril 2004.

## Une crainte de persécution ne justifie pas une demande de statut de réfugié

**Dans *Delgadillo c. Canada*,<sup>1</sup> la Cour fédérale du Canada a confirmé une décision de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR), qui avait refusé d'accorder le statut de réfugié à un homosexuel mexicain, parce que le demandeur avait une possibilité de refuge intérieur (PRI). Malgré cette conclusion, la cour a néanmoins reconnu que M. Delgadillo avait une crainte légitime de persécution. De plus, la cour a rendu un arrêt important : elle a déclaré que les personnes qui vivent avec le VIH/sida au Mexique n'ont pas de PRI.**

M. Delgadillo a justifié sa demande de statut de réfugié et son besoin de protection par le fait qu'il est homosexuel. À cause de deux incidents homophobes dont il avait été victime dans sa ville natale et qui impliquaient des policiers, il a déménagé à Puerto

Vallarta, où il a trouvé un emploi au département de la sécurité publique, dont les services de police forment une section. Après avoir occupé son emploi pendant trois ans, M. Delgadillo a remarqué que l'atmosphère dans son milieu de travail

devenait hostile aux gais et aux lesbiennes. Il a témoigné que, après le congédiement d'une agente de police lesbienne, des compagnons de travail ont commencé à soupçonner M. Delgadillo d'être gai. Il a en outre déclaré que deux agents de police

l'avaient menacé d'informer son patron de son orientation sexuelle s'il ne les payait pas. À une autre occasion, l'un de ces agents de police a obligé M. Delgadillo à lui donner 100\$ US. M. Delgadillo est entré au Canada peu de temps après.

Le CISR a reconnu que M. Delgadillo craignait la persécution de la part des deux agents de police, mais elle a rejeté sa demande de statut de réfugié en jugeant qu'il avait une PRI – à Mexico. Selon la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, la protection des réfugiés ne peut être accordée qu'aux personnes qui seraient exposées à un danger pour leur vie ou à un traitement cruel et inusité dans toutes les régions de leur pays.<sup>2</sup> Par conséquent, s'il existe une soi-disant PRI, la demande de protection des réfugiés ne peut être accordée.

La preuve documentaire présentée à la CISR a établi que la ville de Mexico n'était pas une PRI pour trois groupes seulement : les hommes efféminés, les hommes séropositifs, et les militants et dénonciateurs politiques. La CISR a rejeté la demande de M. Delgadillo, jugeant que sa situation ne correspondait à aucun des

critères établis. La CISR a rejeté le critère de l'efféminement, compte tenu du maniérisme « apparent » de M. Delgadillo et de sa capacité de trouver et de conserver un emploi dans le milieu « macho » de la sécurité publique.

Pour conclure que la ville de Mexico est une PRI, la CISR a évoqué la présence dans la ville de politiciens gais, les changements législatifs en faveur des homosexuels, les dix-sept années de célébrations de la fierté des gais et des lesbiennes, et les 400 mariages gais qui ont été largement médiatisés en 2002. En outre, la CISR a déterminé que la déportation de M. Delgadillo à Mexico ne serait pas indûment pénible pour lui et ne l'exposerait pas non plus à un risque de préjudice. *La Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* oblige la Commission à évaluer ces facteurs<sup>3</sup>.

La Cour fédérale a respecté le critère de révision des décisions de la CISR concernant la PRI, celui du caractère manifestement abusif; elle a jugé que les conclusions de la CISR étaient raisonnables, et que celle-ci avait tenu compte de tous les points importants.

## Commentaire

La décision de la CISR est fouillée et exhaustive, particulièrement en ce qui concerne la quantité d'éléments de preuve examinés. Toutefois, elle fait ressortir la nécessité de formuler des critères plus objectifs pour l'évaluation des risques fondés sur l'orientation sexuelle. L'« efféminement » est un critère extrêmement vague, subjectif et spécifique à la culture.

La décision a d'importantes implications pour les citoyens mexicains qui craignent la persécution fondée sur leur séropositivité, parce que la CISR a clairement déclaré qu'il n'y a pas de PRI pour ces personnes. En ce sens, la décision augmente leurs chances de voir leurs demandes de statut de réfugié acceptées au Canada.

– Hari Subramaniam

<sup>1</sup> *Delgadillo c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2004] FC No 651 (CF).

<sup>2</sup> *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, L.C. 2001, c. 27, art. 95, 97.

<sup>3</sup> *Ibid.*, art. 97. L'article 97 établit les critères législatifs qui permettent de déterminer qu'une personne a besoin de protection.

# LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - INTERNATIONAL

Nous présentons dans cette rubrique un résumé d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. La rubrique porte sur des affaires civiles et pénales. La couverture est sélective. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la Revue. La couverture de la jurisprudence états-unienne est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts états-uniens dans *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur en chef de cette rubrique, à [gbetteridge@aidslaw.ca](mailto:gbetteridge@aidslaw.ca).

## É.-U. – Le tribunal de l'immigration accueille la demande d'asile d'une Zambienne fondée sur l'infection à VIH

Le 9 février 2004, le Tribunal fédéral de l'immigration a autorisé une femme originaire de Zambie à demeurer aux États-Unis, parce que sa séropositivité au VIH lui faisait craindre à juste titre la persécution en Zambie.<sup>1</sup> Le tribunal a jugé qu'elle serait victime de discrimination grave dans les cliniques de santé publique et dans le secteur de l'emploi, et que le gouvernement de la Zambie ne voulait pas ou ne pouvait pas mettre un terme à la persécution en cours.

La femme, une ressortissante de la Zambie, est arrivée aux États-Unis en 1998. Elle était titulaire d'un visa temporaire, qui l'autorisait à suivre un cours dans le domaine de l'industrie

hôtelière. Pendant son séjour aux États-Unis, elle a appris qu'elle était atteinte du sida, et elle a excédé la durée de son visa parce qu'elle était trop malade pour voyager. Elle ne

connaissait pas son état avant de recevoir ce diagnostic. Elle a témoigné qu'elle avait peur de retourner en Zambie parce qu'il lui serait impossible d'y continuer le

traitement anti-rétroviral qu'elle avait commencé aux États-Unis, et qu'elle serait exposée à un degré extrême de discrimination dans les domaines des soins de santé, de l'emploi, du logement et dans la collectivité en général.

Son témoignage a été corroboré par d'un médecin qui a travaillé pendant quelque temps dans des cliniques publiques en Zambie. Il a déclaré que les établissements médicaux y étaient extrêmement limités, surtout pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, et que le traitement anti-rétroviral n'était offert qu'aux riches en Zambie.

Le tribunal a conclu que la demande de la femme n'était pas prescrite, bien qu'elle aurait dû la présenter dans l'année de son arrivée aux États-Unis, parce que son diagnostic de VIH/sida constituait un changement de circonstance, qui « a une incidence appréciable sur son admissibilité à l'asile ».<sup>2</sup>

Selon l'article 208 (a) du *Immigration and Nationality Act*, la personne qui demande l'asile doit correspondre à la définition de réfugié prévue par la loi. En conséquence, la femme devait prouver qu'elle ne voulait pas ou ne pouvait pas retourner dans son pays d'origine pour des motifs de persécution ou de crainte raisonnable de persécution fondée sur la race, la religion, la nationalité, l'appartenance à un groupe social particulier ou des opinions politiques. La femme devait démontrer qu'elle faisait partie d'un groupe social particulier et qu'elle avait une crainte raisonnable de persécution.

La demande d'asile fondée sur l'appartenance à un groupe social particulier doit respecter trois critères. La personne en cause doit : (1) identifier un groupe qui constitue un groupe social particulier; (2) établir qu'elle en fait partie; et (3) démontrer qu'elle a des motifs raisonnables de craindre d'être persécutée à cause de son appartenance à ce groupe.

Le tribunal a conclu que la femme avait une crainte raisonnable de persécution fondée sur son appartenance à un groupe social particulier, c'est-à-dire les Zambiennes vivant avec le VIH/sida. Compte tenu de la discrimination perpétuée par les responsables de la santé dans les cliniques publiques, et en l'absence de lois codifiées pour protéger les personnes séropositives dans les domaines de la santé, de l'emploi et du logement, le tribunal a conclu que la femme avait une crainte réelle et objective de persécution.

Le tribunal a rejeté l'argument que l'absence de traitement antirétroviral en Zambie justifiait en soi la demande de la femme. Il a jugé que cette lacune s'expliquait par un manque de ressources, et non par l'appartenance de la femme à un groupe particulier. Ce jugement est compatible avec la jurisprudence d'autres tribunaux d'immigration états-uniens sur le sujet<sup>3</sup>.

## Commentaire

La décision est importante pour les demandeurs d'asiles originaires de pays où les personnes qui vivent avec le VIH/sida sont victimes d'une dis-

crimination considérable. La Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés est le fondement des lois nationales sur l'immigration dans tous les pays signataires. Par conséquent, cette décision est pertinente pour toute personne originaire de pays dont la situation est semblable à celle de la Zambie qui demande l'asile dans un pays signataire de la Convention sur les réfugiés. La reconnaissance par le tribunal que la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH constitue de la persécution est louable. Les personnes séropositives qui demandent l'asile ou le statut de réfugié dans d'autres pays pourront faire valoir la décision du tribunal pour augmenter le niveau de protection qui leur est offert.

– Joanna Wells

Joanna Wells, étudiante en deuxième année à la Dalhousie Law School, est en stage d'été au Réseau juridique canadien VIH/sida.

<sup>1</sup> Pour protéger l'anonymat de la femme et de sa fille, leurs noms ont été supprimés de la décision. La décision est datée du 9 février 2004. Le juge O. John Brahos a présidé l'Immigration Court, Chicago Illinois, en audience à Kansas City, Missouri.

<sup>2</sup> Page 7.

<sup>3</sup> Voir, par exemple, E. Marceau, « É.-U. – Un tribunal juge que la déportation d'un Dominicain séropositif ne viole pas la Convention contre la torture », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, (8)2 : 56.

## Australie – Le Migration Review Tribunal écarte le critère de l'inadmissibilité pour deux demandeurs de visa séropositifs

**Dans deux affaires récentes, le Migration Review Tribunal (MRT) de l'Australie a invalidé les décisions du gouvernement de refuser les demandes de visas de conjoint (temporaires) (Catégorie R.-U.) de deux candidats séropositifs, décisions fondées sur l'inadmissibilité médicale. Le MRT a ainsi mis en doute l'opinion du médecin agréé par le gouvernement concernant les coûts pour la population australienne, et il a tenu compte des contributions potentielles des candidats.**

Selon le *Migration Act 1958* de l'Australie et les règlements qui s'y rattachent, le demandeur de visa de conjoint (temporaire) doit démontrer qu'il n'est pas atteint d'une maladie ou d'un état pathologique susceptible d'entraîner des coûts importants pour la population australienne du point de vue des soins de santé et des services communautaires, ou de nuire à l'accès d'un citoyen australien ou d'un résident permanent aux soins de santé ou aux services communautaires. Le candidat doit satisfaire ce critère, peu importe qu'il ait recours ou non à ces services. La loi habilitante oblige le MRT à juger bien fondée l'opinion du Medical Officer of the Commonwealth (MOC) en ce qui a trait au critère médical. Le ministre peut déroger au critère d'admissibilité médicale lorsque (1) le fait d'accorder le visa aurait peu de chances d'entraîner de lourds coûts pour la population australienne ou de nuire indûment à l'accès des citoyens australiens ou des résidents permanents aux services de santé et services sociaux, et (2) le candidat satisfait toutes les autres conditions du visa. Cette dérogation est prévue dans l'article 4007(2) de l'annexe 4 des *Migration Regulations 1994*.

Dans le premier cas, le candidat, un citoyen gai de Singapour, a présenté en novembre 1999 une demande de visa fondée sur sa relation avec un

citoyen australien.<sup>1</sup> En mars 2001, le MOC s'est dit d'avis que, compte tenu de l'état pathologique du candidat, « la fourniture de soins de santé ou de services communautaires en lien avec la maladie ou l'état pathologique serait susceptible ... d'entraîner des coûts importants pour la population australienne », et donc que le candidat ne satisfaisait pas le critère prescrit.<sup>2</sup> Le MOC a estimé que le candidat coûterait environ 250 000 \$ AUS à l'État.

Le MRT, considérant que le candidat était instruit et autonome financièrement, a observé que celui-ci était « en mesure de faire une contribution importante à la société australienne ».<sup>3</sup> Le MRT a également conclu, après avoir tenu compte du fait que le candidat réagissait bien au traitement antirétroviral, que l'évaluation de 250 000 \$ AUS du MOC était exagérée. La décision s'est attardée sur l'environnement hostile auquel sont exposés les homosexuels à Singapour et sur le fait que le candidat satisfaisait la plupart des autres conditions du visa. Le MRT a renvoyé la demande de visa au Department of Immigration, Multicultural and Indigenous Affairs pour qu'il la reconsidère, compte tenu d'une dérogation au critère médical prévu à l'article 4007(2).

Dans une affaire semblable, la demande de visa reposait sur une rela-

tion maritale avec un citoyen australien.<sup>4</sup> Le MOC a évalué le coût du traitement à vie de l'infection à VIH du candidat à 250 000 \$ AUS et a rejeté la demande de visa.

En concluant que la discrétion ministérielle devait être accordée et que le critère médical devait être écarté, le MRT a explicitement établi ce qui constitue un « coût indu ».<sup>5</sup> Le MRT a noté que le MOC était *tenu* de tenir compte du degré d'instruction du candidat, des facteurs qui empêchaient le répondant de rejoindre le candidat dans son propre pays, du manque de soins et de traitements pour les personnes séropositives dans le pays d'origine, de même que d'autres circonstances pertinentes qui justifiaient la clémence pour des motifs d'ordre humanitaire. Le MRT a reconnu que les soins médicaux du candidat coûteraient environ 10-15 000 \$ AUS par année, mais il a conclu que cela ne représentait pas en soi un coût indu pour la société australienne.<sup>6</sup> Le MRT a renvoyé la demande au ministère pour qu'il la reconsidère, compte tenu d'une dérogation au critère médical prévue à l'article 4007(2).

### Commentaire

Ces affaires illustrent la volonté du MRT d'aller au-delà du *Migration Act* et des règlements connexes, dans l'é-

valuation des facteurs de dérogation qui sont établis dans la politique du ministère. Le refus du MOC d'accorder une dérogation dans chacun des cas ci-dessus, refus fondé sur une application stricte du « coût indu pour le système de santé australien », empêche les personnes séropositives au VIH d'immigrer ou de résider temporairement en Australie. La volonté

du MRT de tenir compte d'autres caractéristiques et de facteurs personnels rend justice à l'intégrité de la personne, plutôt que de la voir comme la somme des coûts occasionnés par sa maladie.

– Hari Subramaniam

Hari Subramaniam est stagiaire en droit au Réseau juridique canadien VIH/sida et étudie à la Faculté de droit de l'Université McGill.

1 Dossier ABCDECG, MRTA 683, 9 février 2004, Australian Migration Review Tribunal

2 *Supra*, note 1.

3 *Supra*, note 1.

4 Dossier ABCDECR, MRTA 737, 11 février 2004, Australian Migration tribunal

5 *Ibid.* par. 37.

6 *Ibid.* par. 44.

## Botswana – Un tribunal s'attaque au dépistage du VIH en milieu de travail

**La Industrial Court<sup>1</sup> du Botswana s'est récemment prononcée dans deux affaires concernant le dépistage obligatoire du VIH en milieu de travail. Dans un cas, le tribunal s'est intéressé aux droits constitutionnels des personnes vivant avec le VIH et a étendu la portée du Bill of Rights à la sphère privée, de sorte que les personnes vivant avec le VIH/sida pourraient désormais bénéficier d'une protection plus vaste. Les deux affaires font ressortir la nécessité d'adopter des lois relatives au VIH au Botswana.**

### Un test de VIH positif entraîne le congédiement d'un employé

La première affaire concerne un homme séropositif qui a été forcé par son employeur de subir un test de VIH 19 jours après un examen médical préalable à l'emploi.<sup>2</sup> Le médecin qui a réalisé le test a envoyé le résultat directement à l'employeur. Le plaignant a reçu le résultat du test par la poste, accompagné d'une lettre de congédiement.

Le juge Legwalia, de la Industrial Court, a jugé que le congédiement de l'homme était inéquitable tant au plan de la procédure que du fond. Selon lui, comme la société avait demandé à l'homme de subir un test de VIH 19 jours après son examen médical préalable à l'embauche, on ne pouvait

considérer que le test faisait partie de cet examen. Le juge a conclu que le test de VIH constituait un « test obligatoire du VIH postérieur à l'embauche », et qu'il s'agissait par conséquent d'une violation du contrat d'emploi.

Le juge a également statué que la séropositivité de l'homme ne constituait pas un motif raisonnable de congédiement selon la loi, parce que le candidat avait déjà subi l'examen médical préalable à l'emploi, dont le test de VIH ne faisait pas partie. Il a déclaré que l'homme ne pouvait être congédié qu'en cas de mauvais rendement ou d'inconduite.

Le juge Legwalia a accordé à l'homme l'indemnisation la plus élevée prévue par la loi : six mois de salaire. Il s'est dit préoccupé par la

manière choquante dont le plaignant avait reçu le résultat de son test de VIH, compte tenu du fait que la politique nationale sur le VIH/sida exige que l'annonce des résultats s'accompagne de counselling.

Bien que, à la lumière des faits, le juge Legwalia ait établi que le demandeur avait subi un test de VIH postérieur à l'embauche, il s'est interrogé sur la légalité des tests de VIH préalables à l'emploi. Il s'est dit inquiet de l'absence de lois sur les questions relatives au VIH, au Botswana, et il a reconnu que le seul document sur lequel il pouvait s'appuyer dans ce domaine était la *National Policy on HIV/AIDS*, qui n'a pas de force de loi.

L'employeur a interjeté appel de la décision du juge selon laquelle le test

du VIH avait été une exigence postérieure à l'embauche. L'appelant a soutenu que le juge Legwalia n'avait pas le droit de juger que ce test avait été postérieur à l'embauche, puisque les deux parties avaient convenu dans leur présentation des faits que le test de VIH avait fait partie de l'examen médical. La Cour d'appel a accepté cet argument et a subséquemment annulé la condamnation au paiement de six mois de salaire.<sup>3</sup> L'homme a finalement reçu l'équivalent d'un mois de salaire et on lui a remboursé le coût du test.

### Le refus de subir le test de VIH

La deuxième affaire concerne une femme à qui l'on a offert un poste d'assistante à la sécurité, par pure coïncidence, chez le même employeur que dans l'affaire précédente. Six mois après le début de son emploi, l'employeur a exigé qu'elle subisse un test du VIH. Elle a refusé, et elle a été congédiée. L'employeur n'a pas donné de motifs pour son congédiement.

Le juge Dingake a jugé que son congédiement était inéquitable à la fois au plan de la procédure et du fond, parce qu'il a eu lieu après l'expiration de sa période d'essai. Il a conclu qu'à ce stade elle ne pouvait être congédiée sans motif valable. Il a de plus indiqué que « ...la directive concernant le test du VIH était irrationnelle et déraisonnable dans la mesure où elle n'avait rien à voir avec les exigences normales de l'emploi. La demanderesse avait le droit de refuser d'obéir à l'ordre ou à la directive ».<sup>4</sup>

Bien que le juge ait déjà établi que le congédiement était injustifié selon le *Employment Act*,<sup>5</sup> il a ensuite déterminé si l'entreprise avait violé les droits constitutionnels de la demanderesse. Tout d'abord, il s'est demandé si le *Bill of Rights*, qui se

« La directive concernant le test de VIH était irrationnelle et déraisonnable, et elle n'avait rien à voir avec les exigences normales de l'emploi. »

trouve dans les articles 3 à 16 de la Constitution,<sup>6</sup> s'applique aux entreprises privées. Il a établi que, « dans des circonstances exceptionnelles », la Constitution pouvait s'appliquer à des sociétés privées, et que c'était le cas en l'espèce, parce que la société en cause a des activités dans le domaine public et profite de subventions publiques.<sup>7</sup>

Le juge Dingake a ensuite déterminé quels droits constitutionnels de la demanderesse avaient été violés par son congédiement. Il a conclu que son droit à la vie privé n'avait pas été violé, parce qu'elle n'avait pas subi le test, mais il a déclaré qu'il avait été « miné ».<sup>8</sup>

Il a de plus déterminé que son droit à la protection contre la discrimination n'avait pas non plus été violé, parce qu'il n'y avait pas de preuve qu'elle avait subi un traitement différent à cause de son éventuelle séropositivité. En arrivant à cette conclusion, le juge Dingake a déclaré que la séropositivité devrait être ajoutée à la liste des motifs de discrimination illicites, même si la distinction ne s'appliquait pas en l'espèce.<sup>9</sup>

Cependant, il a jugé que le droit de la plaignante à la liberté avait été violé. « Choisir de subir un test ou non est une décision personnelle qui se situe au cœur même de l'autonomie personnelle et individuelle, et aucune entité, ni l'État, ni l'employeur, ne devrait avoir le droit de s'immiscer dans ce choix... ».<sup>10</sup> Il a

conclu que l'exigence de l'employeur que la femme subisse un test du VIH était une exigence irrationnelle sans rapport avec les exigences normales de son poste d'assistante à la sécurité. L'employeur n'a pas interjeté appel de la décision de la Industrial Court.

### Commentaire

Les deux affaires sont importantes dans l'évolution de la jurisprudence concernant le VIH/sida au Botswana. La première illustre la réticence des tribunaux à conclure à l'illégalité des tests de dépistage préalables à l'emploi en l'absence de lois qui interdiraient spécifiquement cette pratique. Bien que le juge Legwalia ait condamné cette pratique, il ne croyait pas avoir le pouvoir de faire autre chose que cela.

La seconde affaire pourrait avoir des effets plus étendus, parce que l'interprétation large de la Constitution proposée par le juge Dingake peut protéger des personnes contre une vaste gamme de violations des droits de la personne, relativement au VIH en milieu de travail, et augmente la portée de l'influence des tribunaux dans ce domaine. Son opinion selon laquelle le *Bill of Rights* peut s'appliquer dans le domaine privé est une décision révolutionnaire dont les effets pourraient aller bien au-delà du contexte de l'emploi pour s'étendre à diverses relations de nature privée.

Néanmoins, les autres juges ne sont pas tenus de suivre le même raisonnement constitutionnel et pourraient parvenir à des conclusions différentes à partir d'un ensemble de faits similaires. Le plaidoyer en faveur de l'adoption de lois dans le domaine du VIH/sida doit être entendu, pour que les employés et les autres personnes vivant avec le VIH/sida puissent jouir d'une protection uniforme et systématique.

– Elizabeth Maxwell

Elizabeth Maxwell, diplômée de Yale Law et titulaire d'une bourse d'études Fullbright, travaille comme bénévole au Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA). Pour de plus amples renseignements sur BONELA ou les affaires rapportées, s'adresser à bonela@botsnet.bw.

<sup>1</sup> La Industrial Court a été établie en 1994 et a pour fonction de régler les conflits de travail.

<sup>2</sup> Industrial Court, Dossier No 35 de 2003, p. 12.

<sup>3</sup> Court of Appeal, Dossier No 37 de 2003.

<sup>4</sup> Industrial Court, Dossier No 50 de 2003, p. 4.

<sup>5</sup> *The Employment Act*, 1984, c. 47:01 des Laws of Botswana.

<sup>6</sup> *Constitution of Botswana* 1967, art. 3-16.

<sup>7</sup> Dossier No 50, *supra*, note 4, p. 27.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 56.

<sup>9</sup> Les motifs illicites énumérés à l'article 15(3) de la Constitution sont la race, la tribu, le lieu d'origine, les opinions politiques, la couleur et la croyance.

<sup>10</sup> Dossier No 35, *supra*, note 2, p. 77.

## Inde – Trois jugements reconnaissent l'existence d'une protection constitutionnelle contre la discrimination fondée sur le VIH dans l'emploi

Dans l'arrêt de principe de 1997 *MX Bombay Indian Inhabitant c. M/s. ZY*, le juge Tipnis observait que « ...refuser d'employer une personne infectée par le VIH uniquement pour un motif fondé sur sa séropositivité, sans tenir compte de son aptitude à satisfaire les exigences de l'emploi et du fait qu'elle ne représente pas une menace pour les autres dans le milieu de travail est clairement arbitraire et déraisonnable, et cela porte atteinte à la saine exigence de l'art. 14 ainsi que de l'art. 21 de la Constitution de l'Inde ». <sup>1</sup> Dans trois jugements rendus en 2004, la High Court of Judicature at Bombay a réitéré son respect envers les aspirations progressistes de la Constitution.

Dans *Mrs G c. New India Assurance Company Ltd.*, <sup>2</sup> le tribunal a jugé qu'on ne pouvait refuser d'embaucher pour des motifs de compassion une veuve séropositive au lieu de travail de son mari, uniquement parce qu'elle est séropositive, si elle satisfait par ailleurs les exigences du poste.

Dans *Mr S Indian c. Director General of Police & Ors.*, <sup>3</sup> la Central Industrial Security Force avait refusé

d'embaucher pour des motifs de compassion la veuve séropositive d'un employé décédé, sous prétexte qu'il n'y avait pas de poste vacant. La Cour a ordonné à l'employeur de créer une vacance.

Finalement, dans *Mr X c. State Bank of India*, <sup>4</sup> un balayeur qui travaillait pour la State Bank of India depuis neuf ans à titre contractuel s'est fait refuser un poste permanent après qu'un test eut révélé qu'il était séropositif au VIH. Le tribunal a jugé que la décision dans *M/s. ZY* interdisait la discrimination fondée sur le VIH dans l'emploi et a ordonné qu'on intègre Mr X dans un poste permanent. Le ton du jugement est remarquable. Le juge Shah a fait valoir l'importance d'une approche d'intégration et de soutien à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH. Il a observé que : « La plupart des personnes qui vivent avec le VIH/sida continuent de travailler, ce qui améliore leur bien-être physique et mental; elles devraient donc avoir le droit de le faire. Elles devraient avoir la possibilité de mettre leur créativité et leur

productivité au service d'un environnement de travail positif. Les personnes séropositives peuvent avoir devant elles de nombreuses années de travail sain et constructif. Leur exclusion ne repose sur aucun fondement rationnel et est injuste. Les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'un maximum de compréhension et d'aide chaque fois que c'est possible ». <sup>5</sup>

Ces trois cas indiquent la volonté des tribunaux indiens de protéger les personnes qui vivent avec le VIH/sida contre la discrimination dans l'emploi fondée sur leur séropositivité au VIH.

– Hari Subramaniam

<sup>1</sup> *MX of Bombay Indian Inhabitant c. M/s ZY*, Division Bench High Court at Bombay, AIR 1997, Bombay 406. Pour une brève analyse de cet arrêt, voir M. Dhaliwal, « Inde – Habilitation légale des femmes et égalité des sexes en tant que stratégie de prévention du VIH », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 99-102.

<sup>2</sup> *Mrs G c. New India Assurance Company Ltd.* High Court at Bombay, Dossier No 1563 de 1999 instruit en 2004.

<sup>3</sup> *Mr S Indian c. Director General of Police & Ors.* High Court at Bombay, Dossier No 202 de 1999 instruit en 2004.

<sup>4</sup> *Mr X c. State Bank of India.* High Court at Bombay, Dossier No 1856 de 2002 instruit en 2004.

<sup>5</sup> *Ibid.*, par. 8.

## R.-U. – La Cour d’appel ordonne la tenue d’un nouveau procès dans la première affaire criminelle concernant la transmission du VIH au R.-U.

Le 5 mai 2004, la UK Court of Appeal, Criminal Division, a accueilli l’appel de Mohammed Dica contre sa déclaration de culpabilité rendue en octobre 2003 pour deux chefs d’accusation de voies de fait graves relativement à la transmission du VIH.<sup>1</sup> La Cour a ordonné la tenue d’un nouveau procès, après avoir conclu que le juge de première instance avait commis une erreur en ne permettant pas au défendeur de présenter des éléments de preuve selon lesquels les victimes connaissaient son état et avaient consenti au risque.<sup>2</sup>

### Le procès

Mohammed Dica a été reconnu coupable, le 14 octobre 2003, de voies de fait graves pour avoir eu des relations sexuelles non protégées avec deux femmes sans les informer qu’il était séropositif au VIH.<sup>3</sup> Il avait été accusé en juillet 2002 d’avoir causé des lésions corporelles graves. On n’a pas allégué qu’il avait violé les femmes, ni qu’il les avait infectées intentionnellement, mais qu’il avait fait preuve d’insouciance à l’égard de la possibilité qu’elles contractent le VIH.

Après la plaidoirie de la poursuite, le juge du procès a rendu deux décisions d’une importance critique, qui ont des effets retentissants sur les affaires de transmission intentionnelle ou négligente du VIH et d’autres infections transmissibles sexuellement (ITS).

Le juge de première instance a écarté l’arrêt *R c. Clarence*<sup>4</sup> et déclaré que cet arrêt, rendu il y a 116 ans, ne faisait plus autorité en droit anglais. L’arrêt *Clarence* faisait obstacle à toute condamnation pour transmission insouciance d’ITS, pour le motif que le consentement aux relations sexuelles impliquait un consentement au risque de maladies consécutives.

Le juge de première instance a également statué que l’accusé ne pouvait pas présenter au jury une preuve que les deux femmes connaissaient sa séropositivité et avaient consenti au risque d’infection. Il a conclu que les deux femmes n’avaient pas la capacité juridique de consentir à des relations sexuelles avec un homme séropositif au VIH, à cause de la gravité des conséquences potentielles. Le juge s’est appuyé sur le précédent de *R. c. Brown*, selon lequel il ne pouvait y avoir de consentement aux relations sexuelles sadomasochistes, à cause de la gravité du préjudice susceptible d’en résulter.<sup>5</sup> C’est sur ce motif que repose l’appel de Mohammed Dica.

### L’appel

La Cour d’appel a infirmé la condamnation et a ordonné la tenue d’un nouveau procès. La Cour d’appel n’était pas d’accord avec le raisonnement du juge de première instance selon lequel le consentement de la plaignante au risque d’infection ne pouvait constituer un moyen de défense à l’accusation de transmission insouciance. La Cour d’appel a noté que « les relations sexuelles consensuelles ne sont pas illégales du seul fait qu’il existe un risque connu pour la santé

de l’un ou l’autre des participants ».[trad.]<sup>6</sup> La Cour a cependant souligné qu’il était important que la plaignante ait consenti au risque d’infection, et pas seulement qu’elle ait su que l’accusé était séropositif. La Cour a déclaré qu’il s’agissait là d’une preuve difficile à faire et par conséquent que la personne séropositive avait droit à la pleine communication de la preuve.

La décision laisse également entendre que l’utilisation d’un condom pourrait constituer un moyen de défense à l’accusation de transmission insouciance. En effet, « si l’appelant a eu recours à des mesures de protection, cela constitue un élément dont le jury peut tenir compte pour décider si...l’accusé a fait preuve d’insouciance ».<sup>7</sup>

### Commentaire

En écartant l’arrêt *Clarence*, le juge de première instance a en effet élargi la portée du droit criminel de manière à l’étendre à la transmission insouciance, ce qui a été fortement critiqué par de nombreux intervenants dans le domaine du VIH/sida.<sup>8</sup> La Cour d’appel, bien qu’elle ait infirmé la décision de première instance, n’a pas contesté l’opinion du juge que l’arrêt

*Clarence* ne faisait plus autorité. La Cour d'appel, en fait, a déclaré que la transmission insouciance du VIH pouvait constituer une infraction criminelle, ce qui déroge à une grande partie de la jurisprudence antérieure du Royaume-Uni et du Commonwealth.<sup>9</sup>

– Joanna Wells

<sup>1</sup> R. c. *Dica* [2004] All ER (D) 45 (Mai).

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Voir Grant Holly, « R.-U. – Un verdict de culpabilité pour voies de fait graves établit un précédent », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 62.

<sup>4</sup> (1888), 22 QBD 23.

<sup>5</sup> R. c. *Brown* (Anthony) [1994] 1 AC 212.

<sup>6</sup> *Dica*, *supra*, note 1, par. 47.

<sup>7</sup> *Ibid.*, par. 11.

<sup>8</sup> Terrence Higgins Trust, *Response to Home Office Consultation Paper: "Violence: Reforming the Offences Against the Person Act 1861"*, Londres, le THT, 1998; M. Weait, « The criminalization of HIV transmission in the UK », 12<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, 1998, 12 : 961 (abrégé 44117).

<sup>9</sup> Voir par exemple *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 54-55; R. c. *Harms* (1944) 81 CCC 4 (C.A. Sask); R. c. *Bolduc* [1967] RCS 677; R. c. *Maurantonio* (1968), 65 DLR (2d) 674 (C.A. Ont); R. c. *Papadimitropoulos* (1957), 98 CLR 249 (HC Australie).

## Australie – La Supreme Court of Western Australia ordonne la tenue d'un nouveau procès dans le cas d'un homme condamné pour avoir transmis le VIH à sa petite amie<sup>1</sup>

**Le 3 octobre 2002, la District Court a déclaré un homme séropositif pour le HIV, Houghton, coupable de voies de fait graves à l'endroit de sa petite amie, pour avoir eu avec elle des relations sexuelles vaginales et anales non protégées. Houghton ne lui avait pas dit qu'il était séropositif avant les relations. Il connaissait son état depuis quelques années lorsqu'il a fait connaissance de la femme, mais il a déclaré au procès qu'il croyait qu'il ne pourrait pas lui transmettre le VIH s'il n'éjaculait pas en elle. La femme est devenue séropositive au VIH par suite des relations sexuelles. La question à laquelle devait répondre le jury comprenait deux volets : il devait déterminer si l'accusé avait causé des lésions corporelles à la plaignante, et si ces lésions étaient suffisamment graves pour constituer des voies de fait graves. Le jury a déclaré Houghton coupable, et a ainsi conclu que la transmission du VIH constitue des voies de fait graves.**

Selon le Code criminel de l'Australie-Occidentale, toute personne qui cause illégalement des lésions corporelles graves à une autre personne se rend coupable de l'infraction qui a entraîné la condamnation de Houghton. Le Code a été modifié en 1992, de sorte que la mention de lésions corporelles graves à une personne comprend

désormais le fait de transmettre à une personne une maladie grave. « Maladie grave » désigne toute maladie de nature à mettre la vie en danger ou susceptible de mettre la vie en danger, ou de nature à causer un préjudice permanent à la santé.

Houghton a soulevé en appel 15 arguments contre sa déclaration de

culpabilité. La Supreme Court of Western Australia a instruit l'appel. La majorité de la Cour a infirmé sa déclaration de culpabilité et ordonné la tenue d'un nouveau procès.

La décision de la majorité a principalement porté sur le sens du mot « illégalement » (*unlawfully*), qui devait recevoir son sens ordinaire de « interdit par la loi » ou « contraire à la loi et non excusé ». La majorité s'est ensuite demandé – sans en décider – quelle loi préexistante Houghton pouvait avoir violé en ayant des relations sexuelles non protégées avec la femme. Les juges ont étudié la possibilité qu'il ait violé l'obligation imposée à chacun par l'article 266 du Code de prendre des précautions raisonnables pour éviter que des préjudices soient causés par une chose dangereuse dont il a la charge ou le contrôle. Le VIH a été qualifié de

« chose dangereuse » dont Houghton avait le contrôle. La majorité a déclaré : « [I] nous semble extrêmement discutable que les lésions corporelles infligées à la plaignante dans la présente affaire aient été illégales en ce sens qu'elles résultaient d'une violation de l'obligation imposée par l'art. 266 du *Code*... il revenait au jury de déterminer si la conduite de l'appelant était illégale ou non. » Comme le juge de la cour de district n'a pas soumis cette question au jury, la Cour d'appel la infirmé le juge-

ment de première instance et a ordonné la tenue d'un nouveau procès.

### Commentaire

Les commentaires les plus pertinents en rapport avec le VIH/sida et le droit ont été formulés dans le jugement minoritaire, bien que la majorité ait approuvé cette partie du jugement. Le juge Murray a déclaré que la transmission du VIH pouvait constituer des voies de fait graves et qu'il n'était pas nécessaire que la personne à laquelle il a été transmis contracte le sida ou

devienne gravement malade pour que l'on puisse conclure aux voies de fait graves. La transmission du virus suffisait pour que l'accusé soit reconnu coupable de l'infraction, même en l'absence de contravention à une autre loi.<sup>2</sup>

– Joanna Wells

<sup>1</sup> *Houghton c. The Queen* [2004] WASCA 20.

<sup>2</sup> Pour une analyse du droit criminel canadien sur l'infliction illégale de lésions corporelles, voir R. Elliott, *Droit criminel et VIH/sida : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997, aux p. 69-71.

## En bref

### Espagne – Un tribunal favorise l'abolition du registre sur le VIH

La Cour nationale d'Espagne a jugé que le système d'information sur les nouvelles infections par le VIH permet l'identification des personnes séropositives pour le VIH et ne comporte pas de mesures adéquates pour protéger la vie privée.<sup>1</sup>

Le registre existe depuis décembre 2000 et suscite depuis des critiques de la part d'intervenants dans le domaine du VIH parce qu'il ne protège pas suffisamment la vie privée des patients. Le registre indique les initiales des patients, le nom de la clinique où ils ont reçu leur diagnostic ainsi que le lieu de naissance des patients, leur ville de résidence, leur nationalité et certains renseignements

cliniques et résultats de laboratoire.<sup>2</sup>

Le gouvernement a manifesté son intention de porter la décision en appel. Toutefois, la ministre de la Santé, Elena Salgado, a déclaré qu'elle était disposée à rencontrer les parties intéressées pour discuter des possibilités d'améliorer le registre de manière à garantir le respect de la vie privée sans nuire à son efficacité.

– Joanna Wells

### Chine – Dommages-intérêts au mari d'une femme qui a contracté le VIH par transfusion

Le 29 avril 2004, la Haute Cour populaire de la province de Hebei a ordonné à l'hôpital Kantai, dans la ville de

Shahe, province de Hebei, de payer 43 700 \$ US au mari d'une femme décédée après avoir contracté le VIH durant une transfusion de sang à l'hôpital.<sup>3</sup> La femme a reçu la transfusion en donnant naissance à sa fille, maintenant âgée de sept ans, qui est également séropositive au VIH. La cour a conclu que l'hôpital avait acquis ce sang en violation des règlements de sécurité et qu'il était donc responsable de la mort de la femme et de l'infection de l'enfant.

– Joanna Wells

<sup>1</sup> « Spanish HIV registry should be abolished, court rules » *The Lancet*, 2004, 363 (9421).

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> « Chinese Farmer wins 'AIDS blood' Case », *China Daily*, 12 mai 2004 (disponible via [www.chinadaily.com.cn/en/home/index.html](http://www.chinadaily.com.cn/en/home/index.html)).

# CONCOURS DE DISSERTATION JURIDIQUE

En 2002-2003, le Réseau juridique canadien VIH/sida a lancé son premier concours national de dissertation pour les étudiants en droit.<sup>1</sup> Deux sujets étaient proposés : un thème canadien et un thème international examiné du point de vue des implications pour le Canada. Toutes les dissertations reçues portaient sur le thème international – un commentaire sur l'arrêt de la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud à l'effet que le gouvernement avait manqué à ses obligations constitutionnelles et devait élaborer et mettre en œuvre un programme national complet pour prévenir la transmission périnatale du VIH, notamment en rendant des médicaments antirétroviraux disponibles à cette fin. Il s'agissait d'analyser les implications possibles de cette décision sur le droit à la santé au Canada. Nous publions ici la traduction d'une version remaniée de la dissertation qui s'est classée en deuxième place. La dissertation gagnante a été publiée dans le numéro 8(3) de la Revue.

## Treatment Action Campaign (TAC) v. South Africa (Minister of Health)<sup>2</sup> : réflexions en lien avec le droit à la santé au Canada

Dans cet article, Showkat Yazdanian examine les répercussions potentielles que la décision de la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud dans l'affaire *TAC v. Minister of Health* pourraient entraîner pour le droit aux soins de santé au Canada. Mme Yazdanian examine d'abord l'utilité potentielle de traités internationaux et de la jurisprudence internationale pour faire valoir le droit à des soins de santé préventifs, au Canada. Elle examine ensuite les implications de la Constitution canadienne en matière de droit aux soins de santé, en analysant la division actuelle de compétences entre les paliers fédéral et provincial, en matière de santé.

À l'échelle mondiale, la transmission périnatale est responsable de plus de 90% des cas d'infection à VIH parmi les enfants de moins de 15 ans.<sup>3</sup> Cette statistique est d'autant plus tragique que l'administration adéquate de traitements antirétroviraux, comme la névirapine, aurait pu sauver la vie de quelque 300 000 enfants par année.<sup>4</sup> La responsabilité des États de prévenir la transmission périnatale du VIH et d'autres

maladies peut être facile à affirmer, mais transposer l'obligation morale en une obligation légale peut s'avérer plus ardu. La tâche a été accomplie dans l'arrêt *TAC v. Minister of Health*, dans lequel la Cour constitutionnelle sud-africaine a forcé le gouvernement de l'Afrique du Sud à mettre sur pied un programme de traitement contre la transmission périnatale du VIH.

Le Canada a la chance de ne pas être aux prises avec une épidémie de VIH aux proportions de celle de la République d'Afrique du Sud; il n'a cependant pas la chance d'être doté d'une constitution aussi sensible aux questions de santé que celle de cet autre pays. La Constitution de l'Afrique du Sud<sup>5</sup> est entrée en vigueur en 1996 et elle a été conçue pour faire face aux préoccupations de l'Afrique d'après-apartheid, notamment l'intégration raciale et l'épidémie du VIH/sida.<sup>6</sup> L'effet de l'affaire *TAC v. Minister of Health* a été de renforcer considérablement le droit des Sud-africain-es à des soins de santé préventifs et proactifs. Pour que cela puisse se faire au Canada, où la constitution est jonchée de reliques de son adoption remontant à 1867, les instruments de réforme du droit devraient être plus ingénieux.<sup>7</sup> Compte tenu de la division des compétences entre les provinces et le gouvernement fédéral, comme l'a établi la constitution, il est probable que la reconnaissance d'un droit à la santé,

**L'affaire *TAC v. Minister of Health* a considérablement renforcé le droit des Sud-africain-es à des soins de santé préventifs et proactifs.**

au Canada, nécessiterait plus qu'un arrêt de la Cour suprême.

L'un des instruments possible de changement pourrait être le droit international. L'arrêt *Baker c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, en 1999, a établi un important précédent pour la reconnaissance, en droit domestique canadien, d'obligations émanant du droit international.<sup>8</sup> *Baker* a soutenu que la ratification de la Convention onusienne des droits de l'enfant,<sup>9</sup> par le Canada, obligeait les tribunaux canadiens à tenir compte des valeurs inhérentes à cette convention (conjointement à la *Charte*) dans le cadre des procédures d'immigration. L'arrêt *Baker* pourrait servir de base pour soutenir que la ratification par le Canada de traités comme la Déclaration universelle des droits de l'homme,<sup>10</sup> la Convention des droits de l'enfant ainsi que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,<sup>11</sup> engage le Canada à fournir constamment des soins de santé préventifs.

Une approche de rechange, pour l'application des conclusions de l'affaire *TAC*, au Canada, pourrait consister à trouver un moyen d'interprétation des lois régulières en conformité avec la Charte canadienne des droits et libertés<sup>12</sup> et des valeurs qu'elle reflète. L'enjeu transcende celui de la prévention de la transmission périnatale du VIH. Cette voie de transmission du VIH, au Canada, est peu répandue; cependant, sa rareté et celle de la transmission d'autres maladies prénatales, au Canada, ne peut pas être attribuée à des dispositions domestiques non équivoques sur le droit à la santé. Les protections qu'accorde le gouvernement pourraient en effet se voir limitées par une simple élection. En l'absence d'une garantie constitutionnelle solide, le droit de

recevoir des soins de santé proactifs demeure précaire.

### **Soins de santé, droit international et lois domestiques**

Bien que les conventions internationales et les décisions des cours d'autres pays n'aient pas force de loi au Canada, elles revêtent une valeur d'influence pour les tribunaux canadiens. Comme l'a affirmé Claydon : « La quête de sagesse n'est pas circonscrite par les frontières nationales ». <sup>13</sup> Il semble d'ailleurs que la relation entre le droit national et le droit international commence à prendre forme dans plusieurs ressorts, y compris le Canada. Des responsabilités positives ont été établies à partir

**Bien que les conventions internationales et les décisions des cours d'autres pays n'aient pas force de loi au Canada, elles influencent les tribunaux canadiens.**

de ce qui aurait pu n'être que rhétorique humanitaire.

Dans le raisonnement de l'arrêt *TAC*, par exemple, tant la cour inférieure que la Cour constitutionnelle se sont référées à l'affaire *Government of the Republic of South Africa v Grootboom and Others*,<sup>14</sup> dans laquelle le gouvernement de l'Afrique du Sud a été sommé de concevoir un programme pour fournir logement et utilités sanitaires élémentaires à un groupe de *squatters* démunis. La cour, dans l'arrêt *Grootboom*, s'était basée sur une clause constitu-

tionnelle apparemment sans conséquence, et abstraite, relativement à « la dignité humaine ... et l'avancement des droits humains et des libertés », <sup>15</sup> pour conclure que le gouvernement avait une obligation concrète d'« agir de manière positive pour résoudre ... la situation désespérée de centaines de milliers de personnes qui vivent dans des conditions déplorables » [trad.].<sup>16</sup>

Autre cas frappant où des tribunaux ont créé une responsabilité positive et applicable en droit, alors qu'il n'en existait pas qui soit explicite : une affaire d'immigration australienne, *Minister of State for Immigration and Ethnic Affairs v Teoh*.<sup>17</sup> Dans cette affaire, un immigrant de la Malaisie ayant trois enfants s'était vu refuser la résidence en Australie pour cause de « mauvais caractère » en rapport avec son casier judiciaire. La Haute cour australienne a renversé la décision, en concluant que l'État avait échoué à aborder l'attente de M. Teoh que le tribunal tienne compte des droits de ses enfants en vertu de la Convention des droits de l'enfant, dans la décision quant à sa demande de résidence.

Le raisonnement qu'a suivi le juge L'Heureux-Dubé dans l'affaire *Baker* (au Canada) présente une ressemblance avec l'affaire *Teoh*. L'arrêt *Baker* est fondé sur d'importantes facettes de l'analyse de la Convention des droits de l'enfant. On avait ordonné la déportation de Mavis Baker du Canada malgré le fait qu'elle soit mère de quatre enfants nés au Canada, dont deux avaient besoin d'un soignant parce qu'ils avaient un handicap. L'effet de la décision de la Cour suprême a été une ordonnance de réévaluation avec une plus grande considération du meilleur intérêt des enfants.

L'arrêt *Baker* a modifié la manière d'aborder les dossiers d'immigration, au Canada; les agents d'immigration doivent maintenant tenir compte systématiquement des « meilleurs intérêts des enfants » lorsqu'ils prennent des décisions quant à des demandes de résidence fondées sur des motifs humanitaires ou compassionnels – un processus qui reflète les droits établis dans la Convention des droits de l'enfant. La décision n'est pas seulement importante en raison de son issue, mais aussi parce que l'un des instruments juridiques sur lesquels la Cour suprême du Canada a fondé sa décision est un traité international que le Parlement n'avait pas mis en œuvre et qui n'avait pas d'application directe en droit canadien.

Il se peut que des arrêts comme *Baker* et *Teoh* puissent être utilisés à l'appui d'un recours plus répandu aux dispositions de traités internationaux dans des affaires domestiques. Somme toute, les questions légales dans les affaires *Teoh*, *Baker*, *Grootboom* and *TAC v Minister of Health* étaient apparentées. Dans les quatre affaires, un gouvernement fédéral s'est vu ordonner par des juges de se conformer à des engagements splendides, mais plutôt flous, à respecter des droits de la personne.

Cependant, l'arrêt *Baker* fournit un solide précédent pour inciter les décideurs, au palier domestique, voire même les législateurs, à tenir compte des obligations de droits humains reconnues par le Canada, dans l'exercice des tâches (publiques et parlementaires) qui leur sont dévolues. Comme il est reconnu dans l'arrêt *Baker*, l'interprétation des lois domestiques à la lumière des « valeurs exprimées dans le droit international des droits de la personne peuvent ... être prises en compte

dans l'approche contextuelle de l'interprétation des lois et en matière de contrôle judiciaire ». <sup>18</sup> Par exemple, l'article 6 de la Convention des droits de l'enfant prévoit :

1. Les États parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.
2. Les États parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

Il est plausible que la ratification de ces dispositions par le Canada l'ait engagé au delà d'une promesse de s'abstenir de tuer des enfants. Le phrasé clair et impératif de l'expression « assurent dans toute la mesure possible » implique une responsabilité positive et proactive d'avoir recours à tous les moyens disponibles.

Les arrêts *Teoh* et *TAC v Minister of Health* ne sont pas les seules décisions de cours d'importer en droit domestique des obligations positives fondées sur des traités internationaux des droits de la personne. Dès 1985, des cours canadiennes ont tenté d'insuffler vie aux clauses généreuses de traités internationaux. Dans l'arrêt *Singh c. Canada (ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, le j. Wilson a écrit :

J'estime ... qu'un réfugié au sens de la Convention dont la sécurité est menacée dans un autre pays a le droit de compter sur la volonté de ce pays de faire honneur aux obligations qu'il a contractées en qualité de signataire de la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés.<sup>19</sup>

À l'instar de l'arrêt *Baker*, l'arrêt *Singh* a fondamentalement modifié le droit canadien de l'immigration. L'engagement mondial du Canada à protéger les expatriés politiques

d'une « crainte fondée de persécution »<sup>20</sup> a été transformé en une obligation positive d'accorder une audience à toute personne physiquement présente au Canada qui revendique le statut de réfugié, et de lui fournir les motifs de sa décision.

Néanmoins, les traités internationaux, bilatéraux et multilatéraux peuvent ne pas tous des alliés du droit aux soins de santé. Depuis quelques années, se manifestent des inquiétudes croissantes quant à l'impact que les traités sur le commerce international pourraient entraîner sur le système canadien des soins de santé. D'après un rapport préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada,

Si l'assurance-santé n'existait pas déjà, le plein impact des obligations actuelles du Canada en vertu des traités sur le commerce international et l'investissement rendraient presque certainement plus difficile, voire impossible, de créer un tel régime. Le spectre de compensation pour des pertes d'occasions d'investir, à des intérêts commerciaux étrangers, suffirait probablement à faire pencher la balance en faveur des opposants à l'assurance-santé. [trad.]<sup>21</sup>

Deux des traités les plus controversés sont l'Accord général sur le commerce des services (GATS)<sup>22</sup> et l'Accord sur le libre-échange nord-américain (ALÉNA).<sup>23</sup> Bien que ces deux traités renferment des dispositions limitées qui exemptent les services de santé de leurs dispositions respectives, ni l'un ni l'autre n'inclut de garantie expresse de la protection du système canadien actuel de médecine socialisée, communément appelé assurance-santé ou assurance-maladie. La tendance à une commercialisation accrue des soins de santé

– par un financement privé et une fourniture de services à but lucratif – soulève des questions inquiétantes sur le plan des politiques d'universalité des soins de santé. (Malheureusement, l'analyse approfondie de cette problématique excède la portée et les limites de longueur de la dissertation. L'enjeu est mentionné afin de mettre en relief l'idée que le Canada n'est pas prémuni contre les implications des traités internationaux – positives ou négatives – pour son système de soins de santé.

Les retombées concrètes de l'arrêt *TAC* et des traités internationaux, relativement au droit à la santé au Canada, sont actuellement ambiguës. L'affaire *TAC v. Minister of Health* a établi un important précédent. Elle a conduit à la conclusion que le gouvernement n'est pas seulement tenu de ne pas faire obstacle à l'accès à des soins de santé préventifs, mais qu'il est aussi tenu à leur fourniture active, ce qui implique l'investissement d'importantes ressources financières. Fait encore plus remarquable, cette affaire a forcé le gouvernement à protéger ceux qui ne sont pas même reconnus au Canada comme des personnes juridiques [les fœtus].<sup>24</sup>

Les progrès rapides de traitements prénatals<sup>25</sup> onéreux pourrait donner lieu à une toute nouvelle catégorie de droits à la santé. Par exemple, les futurs parents d'un enfant pouvant naître avec un handicap pourraient invoquer l'arrêt *TAC* ou la Convention des droits de l'enfant, comme précédent ou justification pour l'application de la responsabilité du gouvernement de financer une chirurgie fœtale préventive. Si un traité international finit par avoir un effet bénéfique pour les citoyens d'un État qui l'a ratifié, ce sera probablement en conséquence de déci-

sions de tribunaux qui imposeraient des obligations positives au gouvernement.

## Les soins de santé et la Constitution canadienne

L'arrêt *TAC* a invoqué les articles 7(2) et 8(1) du chapitre 2 (qui renferme la Déclaration sud-africaine des droits) de la Constitution de l'Afrique du Sud. L'article 27(1) de la *South African Bill of Rights* stipule :

- a) Toute personne a le droit d'avoir accès à des services de soins de santé, y compris en matière de santé génésique;
- b) l'État doit prendre des mesures législatives raisonnables et d'autres mesures, dans les limites des ressources disponibles, pour parvenir à la réalisation progressive de ces droits. [trad.]<sup>26</sup>

Il semble étonnant qu'il n'y ait pas d'équivalent constitutionnel de ces clauses au Canada, où l'accès aux soins de santé est considéré comme un droit inné et une pierre d'assise de l'identité nationale. L'explication conventionnelle de l'apparente indifférence des pères de la Constitution à l'égard des soins de santé est qu'à l'époque (en 1867) ces derniers étaient considérés comme une affaire privée.<sup>27</sup>

Les seules références directes à la santé, dans la constitution canadienne, se trouvent aux alinéas 91(11) et 92(7) de la Loi constitutionnelle de 1867. Le premier confère au Parlement le pouvoir de légiférer sur « la quarantaine et l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine ». Le second assigne aux législatures le pouvoir de légiférer relativement à « l'établissement, l'entretien et l'administration d'hôpitaux ». L'ambiguïté de la formulation

a conduit d'aucuns à conclure que la santé devrait être considérée comme une agglomération de choses, dont la responsabilité devrait être divisée entre les compétences fédérales et provinciales. Par exemple, le juge Estey, dans *Schneider c. R.*, a écrit :

Le sujet de la santé n'est pas abordé de manière spécifique dans la Constitution ... ou par un de ses amendements ultérieurs. ... En somme, « la santé » n'est pas un domaine assujéti à une répartition constitutionnelle spécifique, mais plutôt un sujet informel qui peut être abordé par les lois fédérales et provinciales ... [trad.]<sup>28</sup>

Les alinéas 92(7), 92(16) et 92(13) sont invoqués pour justifier la compétence générale des provinces en matière de santé, en dépit du fait que le droit de la santé touche souvent des facettes du bien-être humain qui débordent des pouvoirs traditionnels

L'explication conventionnelle de l'apparente indifférence des pères de la Constitution à l'égard des soins de santé est qu'à l'époque (en 1867) ces derniers étaient considérés comme une affaire privée.

liés à la propriété, aux droits civils et aux « questions d'ordre local ». <sup>29</sup> Les problèmes liés au VIH/sida ne se prêtent pas d'emblée aux solutions fondées sur les catégories de compé-

tences établies par la Constitution canadienne.

En Afrique du Sud, dans l'affaire *TAC*, la Cour a cité une publication du ministère de la Santé où l'épidémie nationale du sida était qualifiée de « fléau ... qui afflige des millions de vies ... engendrant la crainte et l'incertitude, et menaçant l'économie ». Si une épidémie d'ampleur semblable faisait irruption au Canada, les gouvernements des provinces seraient mal outillés pour composer avec les ramifications nationales et internationales des domaines de l'importation, de l'exportation, du commerce en général ainsi que de l'immigration. Comme l'a écrit le j. Estey dans l'arrêt *Schneider*,

La législation fédérale relativement à la santé peut être supportée lorsque la dimension du problème est de nature nationale plutôt que locale ... ou lorsque la préoccupation liée à la santé se manifeste dans le contexte d'une faute publique et que la réaction relève d'une prohibition d'ordre criminel. [trad.]<sup>30</sup>

Ce passage du jugement rédigé par le j. Estey a été cité avec approbation par le j. La Forest dans l'arrêt *RJR-Macdonald c. Canada (Procureur général)*.<sup>31</sup> Cependant, cette position n'est pas représentative de ce que l'on considère en général être une description fidèle de la répartition des pouvoirs législatifs en matière de santé. L'opinion du j. Beetz, dans l'arrêt *Bell Canada c. Québec (CSST)* demeure l'approche la plus courante – « [l]a compétence législative générale en matière de santé appartient aux provinces, sous réserve de la compétence limitée du Parlement, accessoire aux attributions expresses de compétence de

l'art. 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* ... ». <sup>32</sup>

Les plaignants qui tentent d'établir la présence d'une garantie complète d'un droit à des soins de santé, y compris la protection d'un droit à des mesures de prévention de la santé, auraient avantage à fonder leur argumentation sur le raisonnement du j. Estey dans l'affaire *Schneider*. La poursuite a été fructueuse dans l'affaire *TAC* parce que les soins de santé étaient considérés comme une obligation inéluctable de l'État. Or il est peu probable que des soins de santé préventifs soient reconnus par les cours et par le public comme étant un droit légal, tant que les provinces seront en désaccord quant à la compréhension de ce que comporterait un tel droit.

Au Canada, le but principal de la Loi sur la santé<sup>33</sup> est de fournir une incitation financière aux provinces à administrer un système de soins de santé à accès universel. De fait, cette loi a codifié le contrôle actuel du gouvernement fédéral sur la santé, par le biais des pouvoirs de dépense en la matière.<sup>34</sup> L'argent issu des impôts est versé sous condition aux programmes provinciaux de soins de santé, auxquels des règles fédérales sont imposées, alors que le secteur est généralement considéré comme un domaine de compétence provinciale. Un amendement à la Loi sur la santé qui nécessiterait que les provinces fournissent certains types de soins de santé préventifs afin d'être admissibles à des fonds fédéraux aurait probablement l'effet voulu. Malheureusement, la gravité de l'arrêt *TAC*, qui a reconnu sans condition la responsabilité du gouvernement sud-africain de financer et d'administrer des programmes de prévention de la transmission périna-

tale, ne pourrait pas être reproduit de cette manière.

En l'absence d'un remède constitutionnel ou fondé sur la Charte, une législation spécifique semblerait la seule option. Cependant, afin de veiller à ce que les soins de santé deviennent un droit, il faudrait que la législation soit d'une nature distincte ou élevée – à l'instar de la Déclaration canadienne des droits.<sup>35</sup> La Déclaration est restée en dormance pendant des années, jusqu'à ce que les plaignants, dans *Authorson c. Canada (Procureur général)*, y aient recours pour pallier à l'absence de références de la Charte aux droits de propriété.<sup>36</sup> Ils ont eu gain de cause sur cette base, devant la Cour d'appel de l'Ontario, malgré le fait que la compétence en matière de droits de propriété soit consignée au registre provincial en vertu de l'alinéa 92(13).<sup>37</sup>

Une nouvelle loi sur les soins de santé, de conception similaire à la Déclaration des droits, pourrait aborder des enjeux comme la responsabilité civile et criminelle pour la transmission de maladies mortelles comme le VIH/sida, ainsi que la responsabilité de l'État de protéger les enfants contre la transmission prénatale du VIH, ce qui pallierait au moins en partie aux omissions de la Constitution. Quoique peu conventionnelle, une telle loi offrirait deux avantages. Premièrement, cela constituerait un énoncé définitif de l'engagement du Canada à des soins de santé préventifs. Deuxièmement, cela contribuerait à dissiper le mythe selon lequel les soins de santé sont un domaine de compétence exclusivement provinciale.<sup>38</sup>

## Conclusion

Nous avons décrit deux approches possibles pour assurer le droit à des

Un amendement à la Constitution serait l'idéal : cela enchâsserait le droit à la santé dans l'identité canadienne – ce qui n'est pas un bond aussi gigantesque qu'il peut sembler.

soins de santé préventifs, au Canada : une interprétation de la common law et des lois canadiennes d'une manière qui soit conforme aux conventions internationales; et le renforcement du rôle du gouvernement fédéral dans la protection de la santé des Canadiens. Les deux avenues résultent d'une hypothèse qu'il est peu plausible qu'un amendement à la Constitution soit adopté à cette fin. Un amendement à la Constitution serait l'avenue idéale, car cela enchâsserait le droit à la santé dans l'identité canadienne – ce qui n'est pas un bond aussi gigantesque qu'il peut sembler. D'abord, le Canada ne serait pas le premier pays à garantir un droit constitutionnel aux soins de santé. Les constitutions de plusieurs pays, comme l'Afrique du Sud, la Suisse<sup>39</sup> et la Suède,<sup>40</sup> contiennent des dispositions qui confèrent aux tribunaux le pouvoir d'invalider toute loi qui contreviendrait à l'obligation de l'État de fournir un accès universel aux soins de santé. Un argument peut-être encore plus convainquant, toutefois, est la mesure dans laquelle les soins de santé, au Canada, en sont venus à être reconnus comme un droit.<sup>41</sup> La réaction généralement favorable au rapport

publié par la Commission Romanow, l'an dernier, porte à croire que l'universalité des soins de santé est une valeur que l'on devrait continuer d'entretenir et de favoriser, dans ce pays.

– Showkat Yazdanian

Shwokat Yazdanian, B.Sc., LL.B., a gradué de la faculté de droit de l'University of Western Ontario en 2004.

<sup>1</sup> Pour information sur le concours, voir [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/concoursdissertation.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/concoursdissertation.htm).

<sup>2</sup> Dossier no 21 182/2001, 14 décembre 2001, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division). Rapportée dans 2002(4) BCLR 356 (T) 2001 SACLRL EXIS 123 et accessible via [www.tac.org.za](http://www.tac.org.za) [ci-après *TAC v Minister of Health*], citée dans LEXIS, qui utilise sa propre numérotation interne pour le texte du jugement, utilisée dans les références qui suivent dans le présent texte. L'ordonnance de la High Court a été modifiée en appel à la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, Case CCT 8/02, 5 juillet 2002, (<http://www.concourt.gov.za/files/tac/tac.pdf>). La Cour constitutionnelle a ordonné en général que le gouvernement sud-africain élabore et mette en œuvre, dans le cadre des ressources dont il dispose, un programme complet et coordonné pour réaliser progressivement le droit des femmes enceintes et des nouveau-nés d'avoir accès à des services de santé pour combattre la transmission périnatale du VIH. Le texte complet de l'ordonnance de la Cour se trouve à l'alinéa 35 de l'arrêt.

<sup>3</sup> Voir l'information sur le site Web AVERT, un organisme international de lutte contre le VIH/sida, établi au Royaume-Uni ([www.avert.org/motherchild.htm](http://www.avert.org/motherchild.htm)).

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> Constitution of the Republic of South Africa, 1996, Act 108 of 1996.

<sup>6</sup> Voir K. Yigen, « Enforcing Social Justice: Economic and Social Rights in South Africa », *International Journal of Human Rights*, 2000, 4(2) : 13, p. 21.

<sup>7</sup> Voir, en particulier, *Constitution Act, 1867* (UK), 30 & 31 Vict, c. 3.

<sup>8</sup> [1999] 2 R.C.S. 817 [ci-après *Baker*].

<sup>9</sup> GA res 44/25, annexe, 44 UN GAOR Supp. (n° 49), à 167, UN Doc A/44/49 (1989), entré en vigueur le septembre 1990.

<sup>10</sup> GA res 217A (III), UN Doc A/810 à 71 (1948).

<sup>11</sup> GA res 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (n° 16) at 49, UN Doc A/6316 (1966), 993 UNTS 3, entré en vigueur le 3 janvier 1976.

<sup>12</sup> Partie I de la Loi constitutionnelle, 1982, Annexe B à la Loi sur le Canada 1982 (R.-U.), 1982, c. 11 (ci-après la Charte).

<sup>13</sup> J. Claydon, « International Human Rights Law and the Interpretation of the Canadian Charter of Rights and Freedoms », *Supreme Court Law Review*, 1982, 4 : 287.

- <sup>14</sup> 2001(1) SA 46 (CC) [ci-après *Grootboom*].
- <sup>15</sup> Constitution of the Republic of South Africa, art. 1 (a).
- <sup>16</sup> *Ibid.*, à l'alinéa 93.
- <sup>17</sup> (1995) 183 CLR 273 (Aust HC) [ci-après *Teoh*].
- <sup>18</sup> *Baker, supra*, note 8, par. 70.
- <sup>19</sup> [1985] 1 R.C.S. 177, par. 20 [ci-après *Singh*]. Bien que la Cour ait été unanime sur le jugement, les juges se sont divisés à 3-3 dans les motifs. La moitié d'entre eux, pour lesquels le juge en chef Dickson a rédigé les motifs, se référaient à la Charte, alors que les j. Beetz, Estey et McIntyre ont fondé leurs motifs sur la Déclaration canadienne des droits.
- <sup>20</sup> *Loi sur l'immigration*, art. 2(1), abrogée, 2001, c. 27, art. 274; *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, 2001, c. 27; *Convention relative au statut des réfugiés*, 189 UNTS 150, entrée en vigueur le 22 avril 1954.
- <sup>21</sup> Canadian Centre for Policy Alternatives Consortium on Globalization and Health, *Putting Health First: Canadian Health Care Reform, Trade Treaties and Foreign Policy*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, octobre 2002. ([www.policyalternatives.ca/publications/putting-health-first.pdf](http://www.policyalternatives.ca/publications/putting-health-first.pdf)).
- <sup>22</sup> Accord général sur le commerce de services, 15 avril 1994, Accord de Marrakesh instituant l'Organisation mondiale du commerce, Annexe 1B, résultats des Négociations commerciales multilatérales d'Uruguay, 25, 33 ILM 1168 (1994).
- <sup>23</sup> *Loi de mise en œuvre de l'Accord de libre-échange nord-américain*, L.C. 1993, c. 44.
- <sup>24</sup> *R. c Morgentaler (No 2)* [1988] 1 S.C.R. 30
- <sup>25</sup> Le mercredi 29 octobre 1999, la British Broadcasting Corporation diffusait un reportage à propos d'une intervention chirurgicale effectuée sur un foetus de 23 semaines afin de prévenir la maladie dégénérative du spina-bifida; voir <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/479416.stm>
- <sup>26</sup> TAC, par. 4.
- <sup>27</sup> Les Lois consolidées du Canada uni 1859 [*Consolidated Statutes of United Canada*] ne comprennent que trois lois en matière de santé : la Public Health Act, c. 38 (mesures pour prévenir, mitiger et contrôler les épidémies; et instituant le Central Board of Health), l'Inoculation and Vaccination Act, c. 39 (contrôles sur l'inoculation et la vaccination) et l'Emigrants and Quarantine Act, c. 40 (taxes sur les immigrants, inspection médicale des immigrants et passagers de bateaux, et mesures de quarantaine).
- <sup>28</sup> [1982] R.C.S. 112 at 136 [ci-après *Schneider*].
- <sup>29</sup> H. Leeson, *Constitutional Jurisdiction Over Health and Health Care Services In Canada*, août 2002 (téléchargé à <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/CP32-79-12-2002E.pdf> le 17 février 2002).
- <sup>30</sup> *Supra*, note 28, p. 141
- <sup>31</sup> [1995] 3 R.C.S. 199, p. 245-246.
- <sup>32</sup> [1988] 1 R.C.S.749, p. 761.
- <sup>33</sup> L.R.C. 1985, c. C-6.
- <sup>34</sup> Le pouvoir de dépenses relève traditionnellement de l'art. 91(3) de la Constitution.
- <sup>35</sup> I.R.C. 1985, Annexe III.
- <sup>36</sup> [2000] 53 OR (3d) 221 (OCA). La disposition pertinente, dans la Déclaration des droits, est à l'alinéa 1(a), qui stipule « le droit de l'individu ... à la jouissance de ses biens ».
- <sup>37</sup> Depuis la rédaction du présent article, la décision de la Cour d'appel de l'Ontario a été renversée par la Cour suprême du Canada, qui a établi que la Déclaration des droits ne procure pas de protection contre l'expropriation par l'adoption d'une loi valide. Voir *Authorson c. Canada (Procureur général)*, [2003] 2 R.C.S. 40.
- <sup>38</sup> Par exemple, par son pouvoir de dépense, le gouvernement fédéral a négocié les principaux termes des programmes d'assurance-santé et des programmes d'assurance hospitalisation, et il défraie approximativement la moitié des coûts de chacune des provinces. Voir P. Hogg, *Constitutional Law of Canada*, Scarborough, Carswell, 2001, section 28.
- <sup>39</sup> Constitution de la Suisse, adoptée par référendum public le 18 avril 1999 et en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000. Voir l'art. 41(b), accessible à [www.oefre.unibe.ch/law/icl/sz00000\\_.html](http://www.oefre.unibe.ch/law/icl/sz00000_.html).
- <sup>40</sup> Constitution de la Suède; adoptée le 1<sup>er</sup> janvier 1975. Voir l'art. 7(1), accessible via [www.oefre.unibe.ch/law/icl/sw00000\\_.html](http://www.oefre.unibe.ch/law/icl/sw00000_.html).
- <sup>41</sup> Tel qu'affirmé dans R. Romanow, Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002 : « Les Canadiens considèrent l'accès équitable et en temps opportun à des services de soins de santé médicalement nécessaires comme un droit inhérent à la citoyenneté et non comme l'apanage des personnes bien en vue ou fortunées. » (à la p. xvi). Toute la documentation du travail de la Commission Romanow est accessible via [www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html).